Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

DERMATOLOGISCHE

WOCHENSCHRIFT

VOL. 71, JULY-DEC. 1920

Digitized by Google

MEDICAL
STATE UNIVERSITY OF IOWA.
LIBRARY.

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. FABRY-Dortmund, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, P. MULZER-München, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Prag, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, G. DE PROBIZER-Rovereto, M. L. RAVITCH-Louisville, Ky., E. RIECKE-Göttingen, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, F. SAMBERGER-Prag, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRŤB-Prag, P. UHLENHUTH-Berlin, K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Preßburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien.

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

EINUNDSIEBZIGSTER BAND

1920

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 23 ABBILDUNGEN IM TEXT UND TAFEL 3—7

LEIPZIG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1920

Digitized by Google

MEDIC

Inhaltsverzeichnis.

Originalarbeiten.

(* bedeutet „Aus der Praxis"; ** bedeutet „Feuilleton".) Seite

Zur Kenntnis der Immunitätsvorgänge bei der Trichophytie des Menschen. Von E. Nathan 439
Über Terpentinölbehandlung (Klingmüller) mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung in der Dermatologie. Von Heinrich Becher 459, 481
Ein seltener Fall von Antipyrinexanthem. Von Harald Boas 479
Über Paraffinkrebs. Von Otto Küntzel 499, 525
Befunde aus einer Noguchischen Originalkultur von Spirochaeta refringens. Von E. Meirowsky 511
Zur Praxis des Luesnachweises durch Ausflockung nach Sachs-Georgi. Von H. Felke 519
A. Lanz †. Von A. Jordan 531
Muzinöse Bindegewebsdegeneration in der Haut (Färbung im Paraffinschnitt). Von C. Kreibich 539
Über Behandlung der Arthritis gonorrhoica. Von Friedrich Lahmeyer 540
**Eine Erinnerung an Paul Taenzer. Von Ernst Delbanco 553
Tuberculosis cutis vegetans. Von Christian Vogel 559
Antiluetische Kur bei ungeklärter Diagnose. Bemerkungen zu Arbeiten von Taege, Riecke und Jenssen. Von Otto Nast 563
Untersuchungen über eine syphilisähnliche Spontanerkrankung des Kaninchens (Paralues cuniculi). Von E. Jacobsthal 569
Über einen Fall von Stomatitis mercurialis mit tödlichem Ausgang. Von H. Voss 572
Trichlorbutylmalonsaures Wismut bei Ekzem. Aus dem Nachlasse von Paul Taenzer 575
Über die intravenöse Anwendung des Argoflavins bei Komplikationen der männlichen Gonorrhoe. Von W. Patzschke und E. Wasserm 579
Über eine eigenartige Verfärbung der Haut über den Venen der Vorderarme nach Anwendung von Chrysarobin. Von H. Fischer 582
Zur Frage der Gonorrhoeheilung. Von Leven 585
Über die Behandlung von Pyodermien und ähnlichen Affektionen mit „Staphar" (Maststaphylokokkeneinheitsvakzine nach Strubell). Von E. Galewsky 599
Über spezifische Behandlung und Diagnose der Gonorrhoe. Leitsätze von Carl Bruck 602
P. G. Unnas Lebenslauf. Von E. Delbanco und Paul Unna jr. 621
Allgemeine Naturwissenschaften und Philosophie. Von M. von der Porten . . . 638
Unna als biologischer Chemiker. Von H. Friedenthal 653
Die Wertung der Sauerstofftheorie Unnas. Von L. Golodetz 655
Anatomie und allgemeine Pathologie. Von Johannes Fick 657
Unna als Mikrotechniker. Von P. Mayer 670
Spezielle Pathologie. Von Oscar Gans 677
Unnas Anteil an der bakteriologischen Erforschung der Haut. Von A. Herz . . . 688
Unna als Kliniker. Von Fr. Samberger 691
Therapie. Von Paul Unna jr. 699
Unna und die Materia medica. Von Franz Zernik 705
Unna und die Pharmazie. Von Paul Runge 718

Digitized by Google

Seite

Zeitschriftenwesen und Geschichte der Medizin. Von Iwan Bloch 730
Über Behandlung tertiärer Lues mit Dijodyl. Von F. W. Oelze 743
Zur Frage der Erythromelalgie. Von Dr. Kunstmann 745
Die Pellagra im Trentino nach dem Kriege. Von Guido de Probizer 751
Über Versuche mit ununterbrochener intensiver Behandlung der Syphilis. Von Johan Almkvist 763
Zwei Fälle von primärer und sekundärer Lues mit regionärer retropharyngealer Lymphdrüsenschwellung. Von H. Gottron 769
Diphtherie der Vulva bei Erwachsenen unter dem Bilde des Ulcus molle. Von Ernst Kromayer 770
Über Pemphigus localis. Von Hubert Sieben 772
Dermatitis frontalis durch Hutlederersatz. Von J. Appel 775
Zur luetischen Genese angeborener Defektbildungen. Von Carl Deutschländer 783
Über moderne, kombinierte Lupusbehandlung. Von Gustav Stümpke 803
Über fixe Neosalvarsanexantheme. Von Hugo Hecht 805
Felix Guyon †. Von C. Posner 807
Eczema verruco-callosum nodulare (Prurigo nodularis). Von Eduard Ahrens . 823
Bemerkungen zu dem Aufsatz von H. Felke: Zur Praxis des Luesnachweises durch Ausflockung nach Sachs-Georgi. Von Carl Klieneberger 832
Über die Ergiebigkeit verschiedener Darstellungsmethoden der Spirochaeta pallida, nebst Bemerkungen zur Morphologie. Von F. W. Oelze 843
Ein Fall von Dermatitis durch Spargelsaft. Von Brenning 851
Erfahrungen mit Silbersalvarsan. Von Emil Sitta 863
Bemerkungen über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Konstantinopel. Von Robert Abimélech 869
Beiträge zur Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat. Von Richard Neuendorff 883
Über die Behandlung der Angina Plaut-Vincent mit Salizylsäure. Von Walther Bennigson 888
Nachtrag zu dem Aufsatz über Pemphigus localis. Von Hubert Sieben 890
Kurze Bemerkungen zu der Arbeit von Leven „Zur Abortivbehandlung der Syphilis" in Nr. 24 dieser Wochenschrift. Von F. Zimmern 903
Zu Zimmerns Bemerkungen und zur Abortivbehandlung der Syphilis. Von Ernst Delbanco 905
Zur intravenösen Behandlung gonorrhoischer Prozesse mit Trypaflavin und Silberfarbstoffverbindungen. Von Carl Bruck 908
Zur Technik der Terpentinbehandlung von Hautkrankheiten. Von J. Appel . . . 911
Studien über die Ausflockung des Syphilisserums nach Sachs und Georgi. Von Walter Robitschek 923
Zur operativen Beseitigung des Leistenhodens. Von E. Glass 928
Über ein durch Röntgenlicht geheiltes Ulcus phagedaenicum. Von H. Perl . . . 929
Pemphigus foliaceus und Osteomalazie. Von Walther Schultze 944
Ein Beitrag zu der von E. Hoffmann angegebenen Drüsenpunktion zwecks Frühdiagnose der primären Lues. Von Tilling 947
Zur Bäderbehandlung des Ekzems. Von L. Kleinschmidt 950
Ein Beitrag zur Kenntnis der melanotischen Tumoren. Von Walter Treuherz 963
Spirochätenbefunde im Liquor bei Lues. Von Wilh. Joers 966
Geschichtlicher Beitrag zur antitoxischen Therapie der Geschlechtskrankheiten. Von Heinz Zeiss 973
Cignolin bei Akne. Von F. Polzin 983
Funktionsprüfungen der Niere bei Salvarsanbehandlung. Von Herbert Colman und Walter Kron 1003
Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen. I. Lichtquellen, besonders für Dunkelfeldbeleuchtung. Von F. W. Oelze 1023
Beitrag zur Kenntnis der Hg-Salvarsanschädigung. Von Hubert Sieben 1030
Wie häufig sind unscheinbare, rasch verschwindende Initialsklerosen? Von Johannes Fick 1034
Urticaria symmetrica (dysmennorrhoica Matzenauer-Polland). Von C. Kreibich . 1043
Zur Frage der „Kaninchensyphilis". Bemerkungen zur Arbeit E. Jakobsthals: Untersuchungen über eine syphilisähnliche Spontanerkrankung des Kaninchens (Paralues cuniculi). Von L. Arzt und W. Kerl 1047

State University of Iowa
LIBRARY

Digitized by Google

Versammlungen.

Seite

Berliner Dermatologische Gesellschaft 473, 554, 611, 975
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie . . 612, 930, 953
Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona 448, 470
Proceedings of the Royal Society of Médicine. Dermatological Section 755
18. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Berlin 986

Fachzeitschriften.

Acta dermato-venerologica 872
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 474, 813
Annales des Maladies Vénériennes 987
Archives of Dermatology and Syphilidology 452
The British Journal of Dermatology 789
The British Journal of Dermatology and Syphilis 1018
Ceská Dermatologie 852
Dermatologische Zeitschrift 451, 808, 832
Zeitschrift für Urologie 810, 1020
Dermatologisches Zentralblatt 812

Personalien: 368, 578, 598, 782, 842, 883, 962, 982.

Digitized by Google

UNIVERSITY OF IOWA
3 1858 021 023 019

Dermatologische Wochenschrift

3. Juli 1920 | Nr. 27 | Band 71

Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M.
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. K. Herxheimer).

Zur Kenntnis der Immunitätsvorgänge bei der Trichophytie des Menschen.

Von

Privatdozent Dr. E. Nathan,
Oberarzt der Klinik.

Während in den letzten Jahren, hauptsächlich angeregt durch die grundlegenden Arbeiten von Bloch[1]), die Dermatomykosen hinsichtlich derjenigen Immunitätsvorgänge, die sich an der Haut in Gestalt der kutanen Allergie und Immunität abspielen, einer eifrigen und erfolgreichen Bearbeitung seitens der verschiedensten Autoren unterzogen worden sind, wurde das Studium der humoralen Immunitätsprozesse nicht in gleicher Weise gepflegt. Das lag z. T. wohl an der relativen Leichtigkeit, Konstanz und Sinnfälligkeit, mit der sich die kutanen Allergieerscheinungen bei den Dermatomykosen reproduzieren ließen, sowie an der allgemeinpathologischen Bedeutung, die diesen Untersuchungen für die Erkenntnis des Wesens der Allergie- und Immunitätserscheinungen an der Haut überhaupt zukam. Andererseits hielt aber vielleicht auch der vorwiegend negative Ausfall, den die Untersuchung des Serums auf Antikörper ergab, und der hauptsächlich wohl durch die Verwendung ungeeigneter Antigene und technische Mängel der Versuchsanordnung bedingt war, von weiteren anscheinend erfolglosen Bemühungen ab. Denn abgesehen von den Befunden Citrons, der bei Kaninchen, die mit Kulturemulsionen von Pilzen immunisiert waren, im Serum Präzipitine nachgewiesen hat, gelang es nur Bloch, Sutter, Pecori sowie Carol[2]) wenigstens in einigen Fällen von menschlicher Trichophytie auf dem Höhestadium mittels der Komplementablenkungsmethode (mit Trichophytin als Antigen) bzw. mittels Präzipitation einen schwachen, aber doch deutlich positiven Ausschlag zu erhalten. Lediglich Carol erhielt bei seinen Untersuchungen mittels der Komplementbindung bessere Resultate. Weitere Versuche, wie sie z. B. von Kusunoki mittels Kom-

[1]) Hinsichtlich der Literatur über die Immunitätsverhältnisse bei den Dermatomykosen verweise ich auf folgende Abhandlungen, in denen die einzelnen Arbeiten zitiert sind: B. Bloch, Die allgemeinpathologische Bedeutung der Dermatomykosen, Halle 1913. Verlag Carl Marhold. Jadassohn, Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, 1913. Sarvis, Arch. f. Derm., 1915, Bd. 121. Sutter, Derm. Zschr., 1917, H. 2. Pulvermacher, Derm. Zschr., 1919, Bd. 27. — [2]) Carol, Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1918, Bd. 2, S. 784; Ref. B. kl. W., 1918, S. 1006.

Digitized by Google

plementablenkung und Präzipitation sowie von Saeves mittels des Abderhaldenschen Verfahrens zum Nachweis von Abwehrfermenten angestellt wurden, schlugen dagegen fehl, so daß den gelegentlichen positiven Resultaten der erwähnten Autoren für die Vorgänge bei der Trichophytieimmunität keinerlei weitergehende Bedeutung beigemessen wurde. Um so interessanter mußte es daher erscheinen, als es Blumenthal und v. Haupt[1]) neuerdings gelang, relativ häufig im Serum von Patienten mit tiefer Trichophytie komplementbindende Antikörper nachzuweisen.

Ähnliche Versuche zum Nachweis von Antikörpern bei Trichophytie hatte ich bereits im Herbst 1918 angestellt, und zwar nicht nur mittels der Komplementbindung, sondern auch mittels der Präzipitation. Aus äußeren Gründen konnte ich damals die Untersuchungen nicht weiter verfolgen und habe deshalb eine Veröffentlichung meiner Resultate unterlassen. Nach der Mitteilung von Blumenthal und v. Haupt möchte ich mir jedoch, trotzdem mein Versuchsmaterial nur relativ klein ist, wenigstens nachträglich kurz darüber zu berichten erlauben, da meine Versuche als Bestätigung und Ergänzung der Befunde von Blumenthal und v. Haupt ein gewisses Interesse besitzen dürften. Auch wäre es möglich, daß den Antikörperbefunden bei der tiefen Trichophytie in Zukunft doch vielleicht eine etwas weitergehende Bedeutung für die allgemeine Pathologie der Dermatomykosen zukommen könnte, als man bei dem bis jetzt vorliegenden Untersuchungsmaterial anzunehmen geneigt war.

Als Antigen diente in den Versuchen Blumenthals und v. Haupts nach anfänglichen ergebnislosen Versuchen mit dem nach den Brückschen Angaben hergestellten Trichon ein eigenes Antigen, das aus der Kultur eines virulenten Zerebriformestammes gewonnen war. Außerdem prüften Blumenthal und v. Haupt auch noch Antigene, die auf verschiedene Weise hergestellt waren, wie ein aus verschiedenen selbstgezüchteten Stämmen hergestelltes Mischtrichophytin, ferner die Kulturflüssigkeit einiger Stämme sowie wäßrige und alkoholische Extrakte der abfiltrierten und zerriebenen Bakterienleiber. Die Dosis des verwandten Antigens betrug die Hälfte der an sich antikomplementär wirkenden Menge, dazu kamen steigende Mengen des zu untersuchenden Serums. Mit dieser Anordnung gelang es Blumenthal und v. Haupt, bei trichophytiekranken Patienten im Serum komplementbindende Antikörper nachzuweisen. Eine Anzahl von Kontrollfällen ergab negative Resultate, doch erwies sich die Komplementbindung insofern nicht als streng spezifisch, als namentlich das Serum von Patienten mit tuberkulösen Drüsen, Sycosis simplex und von Syphilitikern häufiger Komplementbindung mit Trichophytin als Antigen ergab. Blumenthal und v. Haupt schließen daraus auf eine Gruppenreaktion und vermuten, „daß hier neben der spezifischen Antikörperbildung noch unspezifische Fällungsreaktionen, die mit Komplementbindung einhergehen, vorhanden sind".

Von wesentlicher Bedeutung für den Nachweis der Antikörper erwies sich die Vorbehandlung der Patienten mit Trichophytin, denn von den untersuchten Fällen „haben bei positiver Komplementbindung 17 vorher

[1]) F. Blumenthal und A. v. Haupt, D. m. W., 1920, Nr. 2.

Digitized by Google

Trichophytin erhalten, 42 nicht. Dagegen war unter 45 Fällen von negativer Komplementbindung vorher nur ein einziger mit Trichophytin vorbehandelt worden, mit anderen Worten, sämtliche vorher mit Trichophytin behandelte Menschen zeigten bis auf einen Komplementbindung".

Bei meinen eigenen Versuchen benutzte ich das nach den Angaben von SCHOLTZ hergestellte „Trichophytin-Höchst", und zwar verwandte ich das Trichophytin nach Bestimmung der antikomplementären Dosis derart, daß ich mit $^1/_4$ der antikomplementären Dosis beginnend absteigende Mengen des Trichophytins mit je 0,5 ccm 10fach verdünnten inaktiven Patientenserums im Komplementbindungsversuch untersuchte. Die näheren Einzelheiten der Anordnung sind aus dem folgenden Versuchsprotokoll ersichtlich.

Absteigende Mengen von Trichophytin-Höchst (Volumen 0,5 ccm) werden in einer Anzahl paralleler Reihen mit je 0,5 ccm 10fach verdünnten inaktiven Serums von einer Anzahl Patienten mit Trichophytia profunda und superficialis, Gonorrhoe und Syphilis unter Zusatz von je 0,1 ccm 4fach verdünnten aktiven Meerschweinchenserums 1 Stunde im Brutschrank bei 37° digeriert; sodann erfolgt Zusatz von je 0,5 ccm eines Gemisches von Hammelblut und hämolytischem Ambozeptor. Das Resultat nach etwa 1stündiger Digestion im Brutschrank bei 37° unter Verwendung von 17 Sera und 1 Kochsalzkontrolle zeigt die Tabelle I.

Tabelle I.

Mengen des Trichophytins ccm	Hämolyse von Hammelblut durch Immunserum und Komplement, letzteres nach Digestion mit absteigenden Mengen Trichophytin und Patientenserum von																	
	1. Trichophytia profunda	2. Trichophytia profunda	3. Trichophytia profunda	4. Trichophytia profunda	5. Trichophytia profunda	6. Trichophytia profunda	7. Trichophytia profunda	8. Trichophytia profunda	9. Trichophytia superficialis	10. Gonorrhoe	11. Gonorrhoe	12. Syphilis I WR −	13. Syphilis II WR +	14. Syphilis II WR +	15. Syphilis II WR +	16. Syphilis II WR +	17. Syphilis III WR +	18. NaCl-Lösung
0,025	k	k	Sp	k	Sp	Sp	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k
0,015	„	„	w	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„
0,01	„	„	fk	„	„	Spch	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„
0.005	„	„	k	„	w	Sp	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„
0,0025	„	„	„	„	m	m	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„
0.0015	„	„	„	„	„	st	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„
0,001	„	„	„	„	k	k	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„
0	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„

Wie die Tabelle zeigt, haben von den 8 untersuchten Sera von tiefer Trichophytie 3 Sera eine positive Komplementbindungsreaktion ergeben, die anderen 5 Sera haben negativ reagiert, ebenso haben die anderen untersuchten Sera von Patienten mit Trichophytia superficialis, Gonorrhoe und Syphilis verschiedener Stadien negative Komplementbindungsreaktion ergeben, ebenso wie die Kochsalzkontrolle.

Ich möchte jedoch nicht verfehlen darauf hinzuweisen, daß ich dieses, hinsichtlich der Spezifität des Ausfalls, günstige Resultat nur mit einer Operationsnummer des Höchster Trichophytins erzielen konnte. Drei andere untersuchte Operations-

Digitized by Google

nummern des Höchster Trichophytins ergaben durchweg unspezifische Reaktionen, so daß aus unseren Versuchen ebenfalls, wie dies schon BLUMENTHAL und v. HAUPT angegeben haben, die wesentliche Bedeutung des verwendeten Antigens für den Antikörpernachweis bei tiefer Trichophytie hervorgeht.

Die oben mitgeteilten Resultate sind aber noch insofern bemerkenswert, als es sich bei den 3 mittels Komplementbindung positiv reagierenden Trichophytieseren um Sera von Patienten gehandelt hat, die nicht mit Trichophytin vorbehandelt worden waren. Es handelt sich hierbei also um spontan, d. h. lediglich unter dem Einfluß der Pilzinfektion gebildete Antikörper im Blutserum.

Außer der Komplementbindung habe ich nun zum Antikörpernachweis auch noch die Präzipitation herangezogen. Als Antigen diente auch hier wieder das Trichophytin-Höchst. Dabei wurde derart verfahren, daß nach mannigfachen Variationen der Menge des Serums und des Trichophytins sowie der Digestionsdauer je 1,0 ccm einer 5fachen Verdünnung jedes Serums mit 0,2 ccm Trichophytin gemischt und diese Gemische 24 Stunden im Brutschrank bei 37° digeriert werden. Die Präzipitation trat in manchen Fällen schon nach zweistündiger Digestion im Brutschrank deutlich ein. Da aber bei der Mehrzahl der Fälle die Präzipitation erst nach 24 Stunden voll entwickelt war, andererseits, wie ich gelegentlich beobachtete, unspezifische Präzipitationen, die bei zweistündiger Digestion aufgetreten waren, bei längerer Verweildauer der Röhrchen im Brutschrank wieder in Lösung gingen[1]), behielt ich schließlich eine 24stündige Digestionsdauer bei. Die Ablesung der Resultate geschah im Agglutinoskop von KUHN und WOITHE, und zwar wurden die Resultate mit — = negativ, ± = zweifelhaft und +-+++-+++ = positiv, je nach der Stärke des Niederschlags, bewertet. Gleichzeitig mit dem Versuch wurde immer eine Kontrolle von 1,0 ccm physiologischer Kochsalzlösung mit 0,2 ccm Trichophytin mitgeführt. Diese Kontrolle war entweder völlig klar oder zeigte eine allerfeinste, an der Grenze der Sichtbarkeit stehende Körnelung, die sich durchaus und leicht von der dichteren Präzipitation beim positiven Ausfall unterscheiden ließ.

Auch bei der Präzipitation erwiesen sich die verschiedenen untersuchten Operationsnummern des Trichophytin-Höchst als Antigen ungleichwertig und verschieden geeignet; eine als Antigen benutzte Operationsnummer ergab nur sehr wenig positive Resultate, eine zweite reagierte unspezifisch. Dagegen haben wir mit einer bestimmten Trichophytinprobe relativ günstige Erfahrungen gemacht, wie das folgende Versuchsbeispiel zeigt.

Je 1,0 ccm 5fach verdünnten inaktiven Serums verschiedener Patienten werden mit je 0,2 ccm Trichophytin-Höchst gemischt und 24 Stunden im Brutschrank bei 37° digeriert. Sodann werden die Gemische nach Aufschütteln mittels des Agglutinoskops von KUHN und WOITHE untersucht. Das Resultat zeigt die Tabelle II.

---

[1]) Vgl. hierzu die analogen Beobachtungen von STILLING bei der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion (M. Kl., 1920, Nr. 2).

Digitized by Google

Tabellle II.

Diagnose	Reaktionsausfall	Diagnose	Reaktionsausfall
Furunkel am Mund	—	Lues II (WR +)	+
Luesverdacht	—	Gonorrhoe	—
Lues latens (WR —)	—	Lues II (WR +)	+
Lues latens (WR —)	—	Ulcus cruris	—
Lues latens (WR —)	—	Lues latens (WR +)	—
Lues latens (WR —)	—	Trichophytia profunda	++
Gonorrhoe	—	Trichophytia profunda	±
Furunkulose	—	Lues latens (WR +)	—
Gonorrhoe	—	Lues II behandelt (WR —)	—
Gonorrhoe	—	Lues latens (WR +)	—
Gonorrhoe	—	Lues II (WR +)	—
Lues latens (WR +)	—	Lues latens (WR —)	—
Lues II (WR +)	—	Karzinom	—
Gonorrhoe	—	Lues II (WR +)	—
Lues III (WR +)	—	Lues latens (WR +)	—
Lues I und II	—	Lues II (WR +)	—
Sycosis simplex	—	Trichophytia profunda	+++
Sycosis simplex	—	Trichophytia profunda	+++
Trichophytia superfic.	—	Lues latens (WR —)	—
Sycosis simplex	—	Lues latens (WR +)	—
Trichophytia profunda	++	Ulcus molle + Bubo	—
Trichophytia profunda	—	Lues latens (WR +)	+
Lues congenita (WR —)	—	Trichophytia profunda	++
Trichophytia superfic.	—	Lues II (WR —)	+
Luesverdacht (WR —)	—	Gonorrhoe	—
Gonorrhoe	—	Lues II (WR +)	—
Trichophytia profunda	++	Lues latens (WR —)	—
Verdacht auf Lues cong. (WR—)	—	Trichophytia profunda	±
Trichophytia profunda	++	Trichophytia profunda	—
Lues congenita (WR +)	—	Trichophytia profunda	—

Wie die Tabelle zeigt, haben von 12 untersuchten Sera von Trichophytia profunda 7 Sera positiv, 2 Sera zweifelhaft und 3 Sera negativ, 2 Sera von Trichophytia superficialis negativ reagiert. Unter den anderen untersuchten Seren von nichttrichophytischen Erkrankungen ergaben 4 Luesfälle eine unspezifische Ausflockung. Auch diese Fälle waren alle nicht mit Trichophytin vorbehandelt worden.

Mein Untersuchungsmaterial ist selbstverständlich viel zu klein, um für die wichtige Frage des Vorkommens von Antikörpern bzw. für die Frage nach ihrer Konstanz bindende Schlüsse zu erlauben. Ich habe ja auch meine Untersuchungen lediglich als Ergänzung der Veröffentlichung von Blumenthal und v. Haupt mitteilen wollen. Eine praktisch-diagnostische Bedeutung dürfte der Komplementbindung bzw. der Präzipitation wohl erst dann zukommen, wenn es gelingt, ein mit Sicherheit und Regelmäßigkeit brauchbares Antigen herzustellen. Hält man aber den bereits früher gelegentlich im Serum von Trichophytiekranken gelungenen Nachweis von Antikörpern (Bloch, Pecori, Sutter, Carol) mit den Ergebnissen von Blumenthal und v. Haupt und meinen Befunden zusammen, so dürfte doch in Zukunft namentlich bei

Digitized by Google

einer Verbesserung der Methodik dem Antikörpernachweis außer seinem gelegentlichen praktisch-diagnostischen Interesse noch insofern eine Bedeutung zuzumessen sein, als er zeigt, daß sich die immunisatorischen Vorgänge zum mindesten bei der tiefen Trichophytie des Menschen nicht ausschließlich in Gestalt der kutanen Allergie und Immunität abspielen, sondern daß dabei auch Antikörperfunktionen des Blutserums beteiligt sind. Gerade auf diesen Punkt haben ja auch Blumenthal und v. Haupt ausdrücklich aufmerksam gemacht, und den Funktionen des Blutserums bei dem Verlauf der Erkrankung eine gewisse Rolle beigemessen. Maßgebend war dafür einmal die Überlegung, daß die Annahme einer „reinen Zellimmunität des Hautorgans bei der Trichophytie die Pilzerkrankungen gewissermaßen aus dem Rahmen der übrigen Infektionskrankheiten herausnehmen und ihnen eine Art Sonderstellung einräumen würde", und daß zweitens „der klinische Verlauf einzelner Fälle, so die stärkere Allgemeinreaktion, die sich in Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Fieber äußert, es unwahrscheinlich erscheinen ließ, daß nicht allgemeinere Immunitätsvorgänge, wie sie sich in den serologischen Immunitätsvorgängen nachweisen lassen, bei der Trichophytie eine Rolle spielen".

Wenn ich gerade auf diese Frage der Immunitätsvorgänge bei der Trichophytie noch mit einigen Worten eingehe, so möchte ich es allerdings dahingestellt sein lassen, welchem der Reaktionsvorgänge des Organismus, sei es der histogenen Allergie und Immunität, sei es der Antikörperbildung im Blutserum, für den Ablauf der Erkrankung die wesentliche Rolle zukommt. Es ist ja im Sinn der grundlegenden Arbeiten von Bloch usw. durchaus anzunehmen, daß die eigentliche Trägerin der Immunitätsprozesse in der zellulären Allergie und Immunität der Haut gelegen ist, während die Antikörperbildung an sich bei den Immunitätsvorgängen nur eine nebensächliche Rolle zu spielen braucht und gleichsam lediglich ein begleitendes Phänomen darstellt. Analoge Verhältnisse, daß nämlich die serologisch nachweisbaren Antikörper keinen Schluß auf die wirkliche Immunität des Organismus zulassen, sind ja auch von anderen Infektionskrankheiten her bekannt. Für die Bedeutung der kutanen Allergie und Immunität würden vor allem die tierexperimentellen Ergebnisse, insbesondere die Tatsache sprechen, daß eine aktive Immunisierung mit Pilzkulturen, Preßsaft oder Filtrat von Pilzkulturen nicht möglich ist, und daß bei der experimentellen Trichophytie des Meerschweinchens anscheinend nur das Überstehen einer kutanen Infektion eine Allergie oder eine Immunität zu erzielen vermag (Bloch und Massini, Thakdshimanjanz, Jadassohn, Lombardo, Bruhns und Alexander, Prytek, Bruck und Kusunoki, Pecori, Sutter, Saeves u. a.). In diesem Sinn sprach ja auch weiterhin Blochs interessanter Versuch, daß die Trichophytieallergie durch Transplantation von einem allergischen Menschen auf die Haut eines anderen Menschen übertragen werden konnte, während andererseits bei der experimentellen Meerschweinchentrichophytie eine passive Übertragung der Immunität mit dem Serum immuner Tiere nicht gelang. Beim Menschen scheinen die Verhältnisse allerdings insofern anders zu liegen, als ja Blumenthal und v. Haupt gerade bei den mit Trichophytin vorbehandelten Patienten

Digitized by Google

komplementbindende Antikörper im Serum, also einen Immunisierungseffekt mit besondererer Regelmäßigkeit nachweisen konnten.

Das Vorkommen von Antikörpern im Serum scheint mir nun aber geeignet zu sein, manche Fragen aus der Pathologie der Dermatomykosen einer weiteren Klärung entgegenzuführen. Einmal könnte man, worauf Blumenthal und v. Haupt bereits kurz hingewiesen haben, daran denken, die Allgemeinerscheinungen, die bei tiefen Trichophytien gelegentlich vorkommen, und sich klinisch in Fieber, Milz- und Drüsenschwellung sowie Veränderung des Blutbildes dokumentieren, darauf zurückzuführen, daß in die Blutbahn eingeschwemmte Pilzelemente hier auf Antikörper treffen und mit diesen in Reaktion treten, wobei es zum Entstehen toxischer Produkte kommt. Es würde sich hierbei also um eine Betrachtungsweise handeln, wie sie insbesondere von v. Pirquet sowie von Friedberger für die verschiedensten Infektionskrankheiten durchgeführt worden ist. Diese Betrachtungsweise würde natürlich in keiner Weise die maßgebende und bedeutsame Rolle der kutanen Allergie und Immunität, wie sie sich aus den Untersuchungen von Bloch usw. ergibt, tangieren. Gerade bei der experimentellen Serumüberempfindlichkeit der Meerschweinchen z. B. liegen die Verhältnisse ja insofern ganz gleichartig, als sich hierbei sowohl die Symptome einer kutanen Allergie als auch einer humoralen Anaphylaxie mit Leichtigkeit nachweisen lassen. Gegen diese Auffassung dürfte auch nicht entscheidend ins Gewicht fallen, daß bis jetzt bei der Meerschweinchentrichophytie weder ein Nachweis von Antikörpern im Serum, noch eine passive Übertragung der Allergie mit dem Serum allergischer Tiere auf gesunde Tiere gelungen ist. Denn es wäre ja durchaus denkbar, daß dieser Nachweis nur unter besonderen Voraussetzungen oder unter Einhaltung besonderer Versuchsbedingungen möglich ist. Für diese Auffassung ist es vom klinischen Standpunkt aus natürlich gleichgültig, ob der die verschiedenen Allgemeinsymptome bei der Trichophytie auslösende toxische Faktor durch chemischen Abbau des Antigens infolge Ambozeptor-Komplementwirkung, wie die Friedbergersche Theorie annimmt, oder durch physikalisch-chemische Alteration des Blutserums durch den Antigen-Antikörperkomplex, wie es die von Ritz und Sachs, Dörr, Bordet, Nathan, Sachs und Nathan, Schmidt, Hirschfeld und Klinger neuerdings vertretene Anschauung postuliert, entsteht. Mit allem Vorbehalt wäre hierbei auch noch auf die Tatsache aufmerksam zu machen, daß, wie bereits Bloch, Pecori, Kusunoki, Saeves, Sutter beobachtet haben, wiederholt geimpfte Tiere Allgemeinsymptome zeigten, abmagerten und sogar starben. Besonders Saeves weist auf eine kausale Beziehung dieser Allgemeinerkrankung mit den Pilzinokulationen hin und bringt sie analog den Tuberkulinschädigungen mit einer Trichophytinüberlastung des Organismus in Zusammenhang, ohne jedoch auf eine nähere Diskussion einzugehen. Sutter, der bei seinen Untersuchungen ebenfalls bald (1—2 Tage) nach einer Reinokulation von Pilzen oder Reinjektion von Trichophytin erfolgende Todesfälle bei seinen Tierversuchen beobachtet hat, ohne bei der Sektion grob-anatomische Veränderungen zu finden, lehnt allerdings eine typische Anaphylaxie ab. Aber gerade bei der Meerschweinchenanaphylaxie kennen wir

Digitized by Google

außer dem akuten Tod im anaphylaktischen Chok noch eine chronische Anaphylaxie, die 1—2 Tage nach der Reinjektion zum Tod des Versuchstiers führt und bei der sich kein charakteristischer pathologisch-anatomischer Befund findet. Daher läge es auch bei diesen Beobachtungen von Exitus nach Pilzreinokulation nahe, an einen chronischen Anaphylaxietod, wenn auch nur mit gewissen Vorbehalten, zu denken.

Der Nachweis von Antikörpern könnte aber vielleicht noch für die Beantwortung einer anderen Frage gewisse Perspektiven eröffnen, das ist die Entstehungsweise der Trichophytide[1]). Wie JADASSOHN zuerst gezeigt und weitere Beobachtungen (BLOCH, GUTH, K. HERXHEIMER und KÖSTER, SAEVES, CHABLE, SUTTER, PEDDERSEN, RASCH, PULVERMACHER) bestätigt haben, kommt besonders bei Kindern mit Kerion Zelsi, sehr viel seltener bei Männern mit tiefer Trichophytie, am Stamm und den Extremitäten eine exanthematische Eruption von teils zerstreut, teils in Gruppen stehenden blaß- bis intensivroten, im wesentlichen follikulären Knötchen vor, die JADASSOHN in Analogie mit dem Lichen scrophulosorum als allergische Reaktion gegen Pilze aufgefaßt und als „Lichen trichophyticus" oder „lichenoide Trichophytie" bezeichnet hat. Weitere Untersuchungen haben das klinische Bild in wesentlichen Zügen ergänzt. So wurde die Bildung von Hornstacheln (LEWANDOWSKY, GUTH), die sekundäre lichenoide Trichophytie (HERXHEIMER und KÖSTER), das Auftreten skarlatiniformer Exantheme (SUTTER), eine korymbiforme lichenoide Trichophytie (SAEVES), sowie ein Krankheitsbild vom Typus des Erythema nodosum (BLOCH, PULVERMACHER) beschrieben. In einzelnen Fällen ist, wie besonders JADASSOHN sowie BLOCH hervorheben, beim Auftreten der Trichophytide das Allgemeinbefinden stark in Mitleidenschaft gezogen, und hohes Fieber, Veränderungen des Blutbildes, Lymphdrüsen- und Milzschwellungen komplizieren das Krankheitsbild. BLOCH hat die Affektion analog den Tuberkuliden als „Trichophytide" bezeichnet und glaubt, trotzdem er keine Pilze aus dem Blut züchten konnte, daß der Lichen trichophyticus ähnlich wie der Lichen scrophulosorum auf hämatogenem Wege zustande komme. Wie JADASSOHN hält er die Affektion für ein Überempfindlichkeitsphänomen der Haut gegenüber Pilzelementen oder Pilztoxinen, die aus tiefen Trichophytieherden resorbiert und auf dem Blutwege verschleppt worden sind. Mit dieser Deutung steht in gutem Einklang, daß SAEVES neuerdings zeigen konnte, daß es unter gewissen Bedingungen gelingt, durch intrakardiale Injektion von Sporenemulsionen trichophytieartige Krankheitssymptome an der Haut zu erzeugen. Hier war es also direkt gelungen, auf hämatogenem Weg eine Hautinfektion hervorzurufen.

Gerade für die Entstehungsweise der Trichophytide scheint mir nun theoretisch der Nachweis von Antikörpern im Blutserum gewisse Perspektiven zu eröffnen, wenn man die Bedeutung der Antikörper, wie sie für die Entstehung gewisser anderer Exanthemformen wahrscheinlich ist, als Analogie heranzieht.

---

[1]) Literatur über Trichophytide siehe bei PULVERMACHER, Derm. Zschr., 1919, Bd. 27, S. 11..

Digitized by Google

Bekanntlich hat v. PIRQUET in seinen grundlegenden Arbeiten über die Bedeutung der Allergie den Versuch gemacht, eine Theorie des Blattern- und Masernexanthems zu entwickeln, die den komplizierten biologischen Reaktionsbeziehungen zwischen dem Infektionserreger und dem infizierten Organismus Rechnung trägt. Ausgehend von seinen Studien über Vakzine, inokulierte und spontane Blattern sowie über das Masernexanthem, hat v. PIRQUET nämlich die Ansicht ausgesprochen, daß das Exanthem durch Agglutination der Krankheitserreger in den Hautkapillaren zustande kommt. v. PIRQUET schloß zunächst aus den Erfahrungen bei der Vakzination, daß die Symptome der Area, des Fiebers und des Leukozytenabfalls bei den inokulierten Blattern durch den Eintritt von Antikörpern bedingt würden, und folgerte daraus weiter, daß die Aussaat des allgemeinen Blatternexanthems in der Phase des Eintritts allgemeiner Antikörper stattfindet. Über den Zusammenhang der beiden Erscheinungen sprach er die Hypothese aus, „daß die eintretenden Antikörper eine agglutinierende Wirkung auf die Blatternerreger ausüben: daß diese durch Agglutination sich in den Kapillaren zusammenballen und dadurch dort festgehalten werden." Analog dieser Betrachtungsweise könnte man nun in Erweiterung der ursprünglich von JADASSOHN und BLOCH entwickelten Anschauung annehmen, daß für die Entstehung der Trichophytide nicht allein die Resorption von Pilzelementen und ihre embolische Verschleppung auf dem Blutwege in die Haut maßgebend ist, sondern daß der Prozeß durch die Interferenz von Antikörpern eine gewisse Komplikation erfährt. Man könnte dann annehmen, daß es bei der Resorption von Pilzelementen aus den Herden der tiefen Trichophytie zunächst zur Antikörperbildung kommt, daß das Blut bei seinem Kreislauf die gebildeten Antikörper dann an die Gewebe abgibt und sie sättigt, und daß erst dann bei weiterer Resorption von Pilzelementen eine Reaktion der kreisenden Pilze mit den Antikörpern, sei es in der Blutbahn, sei es in den Kapillaren der Gewebe, erfolgt, die zur Agglutination und Haftung in den Kapillaren der Haut führt. Hier tritt nun die Reaktion der Pilzelemente mit der allergisch gewordenen Haut klinisch in Gestalt des Trichophytids in Erscheinung. Für diese Bedeutung einer Interferenz von Antikörpern bei der Entstehung der Trichophytide könnte vor allem der Umstand sprechen, daß die Trichophytide bisher wesentlich bei denjenigen Fällen zur Beobachtung kamen, bei denen allein auf Grund der vorliegenden Untersuchungen von BLOCH usw., BLUMENTHAL und v. HAUPT sowie von mir das Vorkommen von Antikörpern erwiesen ist. Denn die Trichophytide wurden bisher ausnahmslos bei tiefer Trichophytie, nie bei oberflächlicher Trichophytie aufgefunden, sie treten erst einige Zeit nach dem Entstehen der tiefen Herde auf, bzw. dann, wenn der ursprüngliche Trichophytieherd seine Akme erreicht oder bereits überschritten hat, und endlich ging das Auftreten der Trichophytide oft synchrom mit schweren Allgemeinerscheinungen, Fieber, Milz- und Drüsenschwellung sowie Veränderungen des Blutbildes, Symptomen, wie sie auch für die durch Antikörper vermittelten allergischen Phänomene anderer Infektionskrankheiten bis zu einem gewissen Grade charakteristisch sind.

Digitized by Google

Die entwickelte Hypothese über die Bedeutung der Antikörper für die Erklärung der gelegentlichen Allgemeinerscheinungen bei der tiefen Trichophytie sowie für die Entstehung der sogenannten Trichophytide soll natürlich nur mit allem Vorbehalt aufgestellt werden. Ich wollte aber gelegentlich der Mitteilung meiner Befunde von komplementbindenden und präzipitierenden Antikörpern im Serum von an tiefer Trichophytie erkrankten Menschen doch auch auf die Möglichkeit einer allgemeineren Bedeutung dieser Befunde für die Pathologie der Dermatomykosen aufmerksam machen. Die endgültige Lösung der verschiedenen mit dem Problem der Dermatomykosen verknüpften Fragestellungen wird sich jedoch nur im Zusammenhang klinisch-serologischer Forschung und tierexperimenteller Bearbeitung erzielen lassen, wozu sich von der skizzierten Hypothese aus vielleicht aussichtsreiche Wege eröffnen.

Zusammenfassung:

1. Unter 8 untersuchten Sera von tiefer Trichophytie ergaben 3 Sera eine positive Komplementbindung mit Trichophytin als Antigen. Die anderen 5 Sera sowie eine Reihe weiterer untersuchter Sera von Patienten mit Trichophytia superficialis, Gonorrhoe und Syphilis verschiedener Stadien reagierten negativ.

2. Dieses, hinsichtlich der Spezifität des Ausfalls günstige Resultat ließ sich nur mit einer Operationsnummer des Höchster Trichophytins erzielen. 3 andere untersuchte Operationsnummern ergaben unspezifische Reaktionen.

3. Von 12 untersuchten Sera von Trichophytia profunda reagierten bei der Präzipitation mit Trichophytin als Antigen 7 Sera positiv, 2 Sera zweifelhaft und 3 Sera negativ, 2 Sera von Trichophytia superficialis ebenfalls negativ. Von den übrigen untersuchten Sera von nichttrichophytischen Erkrankungen ergaben 4 Luesfälle eine unspezifische Ausflockung.

4. Auch bei der Präzipitation erwiesen sich die verschiedenen untersuchten Operationsnummern des Trichophytin Höchst als Antigen ungleichwertig und verschieden geeignet.

5. Die Immunitätsvorgänge bei der tiefen Trichophytie spielen sich nicht nur in Gestalt der kutanen Allergie und Immunität ab, sondern es sind dabei auch Antikörperfunktionen des Blutserums beteiligt.

6. Die allgemeine Bedeutung der Antikörperbefunde für die Pathologie der Dermatomykosen, insbesondere für die Erklärung der gelegentlichen Allgemeinerscheinungen bei der Trichophytie sowie für die Entstehung der Trichophytide wird diskutiert.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona.

Sitzung am 2. März 1920.

Originalbericht von E. Delbanco-Hamburg.

Unter Arnings Vorsitz wurde in dem weltberühmten Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten getagt, welches Nocht seine Entstehung verdankt und wenige Wochen vor dem Krieg unter Teilnahme der internationalen Gelehrtenwelt eingeweiht worden war.

Digitized by Google

1. Delbanco demonstriert:

Einen 25jähr. Chauffeur mit **Parapsoriasis guttata Brocq.** Bemerkenswert wegen der großen Ähnlichkeit mit einem abheilenden sekundären Syphilid. Beginn vor einem Jahr. Ohne Wassermann-Kontrolle Behandlung durch einen Spezialisten mit Hg. Affektion unverändert. Ein zweiter fand Wassermann negativ, suchte durch Salvarsan positive Reaktion zu provozieren. Infolge sekundärer Pyodermie entstand am Penis ein Ulkus mit indurierten Rändern. Keine Spirochäten, auch nicht in den Inguinaldrüsen. Dieser zweite Kollege konsultiert D., welcher noch über einen zweiten Fall berichtet, bei einem zur Verzweiflung getriebenen Psychopathen, der in einem Hamburger Krankenhaus von interner Seite mit Hg und 606 behandelt worden war.

2. Arning stellt drei Fälle seltener Reaktionsformen der **Lues** und eventuell **Tuberkulose** vor, davon zwei ihm von Halle-Hannover zur Verfügung gestellte.

a) 34jähr. Frau, Witwe eines Paralytikers, bisher von einem Homöopathen vergeblich behandelt. An Gesicht und Extremitäten rostbraune, aus sagokornähnlichen Effloreszenzen zusammengesetzte leicht schuppende Flecken von Zehnpfennigstückgröße, ähnlich Boeckschem Sarkoid. Am Kopf kahle Stellen mit fest adhärierenden Schuppen wie bei Lupus erythematodes. Schleimhäute frei. Drüsen etwas geschwellt, am stärksten im Kiefergelenkwinkel. Frühjahr 1919 Rückenschmerzen. WR negativ. In den Effloreszenzen und Drüsen keine Spirochäten, dagegen Papeln am Anus und Schenkel. WR jetzt stark positiv, Lumbalpunktat negativ. Pirquet, Ponndorf negativ. Nichts von Tuberkulose. Exzidierte Effloreszenzen ergaben normales Epithel, unmittelbar darunter, bis in die tiefe Kutis tuberkuloides Gewebe. Jeder einzelne Herd umfaßt von Plasmazellen, Lymphozyten und Epitheloidzellen, im Zentrum regressiv entartet, ohne eigentliche Nekroseherde; viele große und kleine Langhanssche Riesenzellen. Tuberkelbazillen fehlen, ebenso Spirochäten nach Levaditifärbung. Gefäße zeigen verdickte Wandungen, aber nicht so typisch wie sonst bei syphilitischem Granulom. Elastische Fasern im Bereich der tuberkuloiden Entartungen fehlen. Der Ausschlag begann mit Halsweh und wochenlangem Fieber, dazu in letzter Zeit Kopfschmerzen infolge Iritis. Diagnose: **Tuberkuloide Syphilis.** Primäraffekt wahrscheinlich tonsillar. A. meint, daß die tuberkuloide Natur der Hautaffektion auf einer besonderen Reaktion der Haut der Pat. beruhen dürfte.

b) 46jähr. Frau ohne tuberkulöse und luetische Anamnese, seit fünf Jahren prall elastische blaurote Schwellung der Gesichtshaut. Hände und Füße frei. Mikroskopisch (Stümpke-Hannover) Einzelherde von kleinzelliger Infiltration ohne typisch tuberkuloiden Bau, die sich langsträhnig in die tiefere Kutis erstreckt. WR, Ponndorf negativ. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: **Lupus pernio** trotz Nichtbeteiligung der Hände und Füße. Negative Tuberkulinreaktion der Haut ist für diese Fälle die Regel. Vier Salvarsaninjektionen ergaben auffallenden Erfolg.

c) 35jähr. Landmannsfrau ohne tuberkulöse oder luetische Anamnese, mit seit $1^1/_2$ Jahren bestehendem **Lupus erythematodes** an Stirn, Backen, Nase, Oberlippenschleimhaut, Hals, Schultern, Oberarmen und Fingern. An den Oberarmen die zentralen Teile bullös, WR negativ, Ponndorf stark positiv. Diagnose: **Lupus erythematodes discoides et bullosus disseminatus.**

3. Fülleborn zeigt:

a) Abbildungen von **Gangosa** (Rhinopharyngitis mutilans) aus der Südsee und aus Kamerun. Der Streit über die Ätiologie ist zwar unentschieden, doch handelt es sich um eine Krankheit sui generis; positive WR und Wirksamkeit von Hg und Salvarsan beweisen weder Lues noch Framboësie. Vielleicht ist der australische Cryptococcus mutilans (Breinl) der Erreger. Vielleicht hat aber dieses Krankheitsbild in verschiedenen Weltgegenden auch verschiedene Ursachen; so gleichen manche Formen der südamerikanischen Schleimhautleishmaniose durchaus der Gangosa (vgl. Festschrift Unna, 1910).

b) Präparate von **Hautmaulwurf,** über die da Rocha-Lima und er im Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 23, berichtet haben.

c) **Das Küstenerysipel Guatemalas und die Beziehungen der Filarien zur Elefantiasis.** 1916 wurde von Robles an der pazifischen Küste von Guatemala ein Gesichtserysipel beschrieben, das nur in Höhe von 600—1200 m angetroffen wird und bei Eingeborenen und Weißen, welche gleichzeitig eigenartige Filarienknoten (Onchocerca caecutiens, Brumpt 1919), die auch nur in jener Gegend vorkommen, auf dem Kopf haben. Es verläuft mit zu Erblindung führenden schweren Augenstörungen (Keratitis punctata superfic. chron. und adhäsiver Iritis), welche sofort schwinden, wenn

Digitized by Google

alle Filarienknoten entfernt werden, weil die Augenstörungen offenbar bloße Toxinwirkungen der Filarien sind. Bei dem Guatemalaerysipel sind bisher Kokken nicht nachgewiesen, doch dürften sie dabei ebensowenig fehlen wie bei den durch Filaria Bancrofti hervorgebrachten Lymphangitiden, die schließlich zu Elefantiasis führen. Rose hat aus letzteren einen Streptokokkus gezüchtet, dessen abgetötete Aufschwemmungen bei Bankrofti-Lymphangitiden vortrefflich wirkten. Filaria Bancrofti und die übrigen Filarien, die wie die westafrikanische Onchocerca volvulus und die O. caecutiens Guatemalas, elefantiasisartige Zustände hervorrufen könnten, hätten vor anderen Filarien das Gemeinsame, daß die erwachsenen Würmer Lymphstasen erzeugten, welche zufällig eindringenden Kokken offenbar den Boden bereiteten. Vielleicht erklärt sich die Beobachtung, daß in manchen Bankrofti-Gegenden Elefantiasis viel häufiger sei als in anderen, und daß in manchen Ländern nach Elefantiasisoperationen so gut wie regelmäßig, in anderen aber nie Rezidive auftreten, aus einer Verschiedenheit der lokalen Kokkenflora. Unerklärt bliebe, weshalb in manchen Gegenden fast ausschließlich Elefantiasis der Beine und des Skrotums, in anderen, wie in der Südsee, auch Elefantiasis der oberen Extremitäten und der weiblichen Brust vorkämen. Schwer erklärbar sei auch die Elefantiasis eng begrenzter Gebiete, wie z. B. die einer Hand oder nur des Penis.

4. Martin Mayer:

a) **Venerisches Granulom.** Eine in Ostasien, verschiedenen Südseeinseln, Westafrika, Mittel- und Südamerika u. a. O. beobachtete infektiöse Geschlechtskrankheit. Aus kleinen Pusteln entstehen granulierende Geschwüre von weiter Ausdehnung an Geschlechtsteilen, Damm und unteren Bauchpartien. Erreger sind die von Donovan in Madras beschriebenen Kapselkokken, die Aragao und Vianna in Brasilien züchteten (Calymmatobacterium granulomatis). Martini züchtete in Ostasien einen eingekapselten, kettenbildenden, gramnegativen Diplokokkus. Die brasilianischen Forscher hatten glänzende Ergebnisse mit Tartarus stibiatus intravenös (0,08—0,1 in 1%iger Lösung).

b) **Ulcus tropicum.** Das in warmen Ländern weitverbreitete tropische Beingeschwür sitzt mit Vorliebe an den inneren Fußknöcheln, der Ferse oder den Zehen. Anfangs kreisrund, wuchert es nach der Seite und in die Tiefe und führt schließlich zu weitgehenden Gewebszerstörungen. Ätiologisch handelt es sich um eine Symbiose von fusiformen Bazillen und Spirochäten (v. Prowazeks Spirochaeta Schaudinni). Keysselitz und M. Mayer stellten durch Versilberung nach Levaditi fest, daß primär Spirochäten seitlich und in die Tiefe ins Gewebe sich einbohren und so das Fortschreiten verursachen, während die Fusiformen sich später ansammeln und den Zerfall verursachen.

c) **Orientbeule.** Besprechung der bösartigen die Schleimhaut befallenden Formen Südamerikas, bei denen Vianna glänzende Erfolge mit Tartarus stibiatus hatte.

d) **Nodositas juxta-articularis.** Eine symmetrisch nächst den Knie- und Ellenbogengelenken in Afrika, Arabien, Sumatra u. a. O. beobachtete harmlose Affektion. Erreger sind bisher nicht gezüchtete Pilze; später kommt es zu fibröser Degeneration der Knoten.

e) **Mycetoma** (Madurafuß). Demonstration der dabei von Brumpt aufgestellten acht Pilztypen.

5. Hegler sah zahlreiche Fälle von **Ulcus tropicum** in Jerusalem bei Juden aus dem Yemen (Ulcus Yemen). Einzelne zeigten ähnliches Verhalten wie die während der Kriegszeit häufige Haut- und Wunddiphtherie, bakterioskopisch stets Spirochäten und fusiforme Bazillen. Salvarsan von glänzendem Erfolg. In Aleppo, Mossul und Jericho beobachtete H. unter den türkisch-arabischen Truppen sowie bei der Zivilbevölkerung zahlreiche Fälle. Nicht selten treten gleichzeitig multiple Knoten auf, bis zu 60 Beulen an zahlreichen Körperteilen, auch an durch Kleidung geschützten. Einzelne zeigten das Bild von Akne bzw. Furunkulose, so daß ohne Nachweis der Leishmanien die Diagnose kaum möglich war. Therapeutisch Salvarsan wenig wirkungsvoll; rasch geheilte Fälle von angeblicher Orientbeule sind wohl meist Syphilis. Bei **Madurafuß** sollte wegen der engen Verwandtschaft des Erregers mit dem Aktinomyzespilz Behandlung mit Jodkali und Röntgen versucht werden.

6. Jacobsthal. Untersuchungen über eine **syphilisähnliche Spontanerkrankung des Kaninchens** (Paralues cuniculi). Erscheint in dieser Wochenschrift.

Diskussion: Delbanco. Die endgültige Bewertung der vermeintlichen Paralues cuniculi hängt von einwandfreien Kaninchenhodenimpfungen ab, deren histologisches Bild für die Lues von Uhlenhuth und Mulzer, Graetz und Delbanco festgelegt ist.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1919, Bd. 23, H. 6.

Über einen Mikrosporieherd in Wien, von L. Arzt und H. Fuhs-Wien. Nach einem Hinweis auf frühere Beobachtungen von Mikrosporiefällen in Österreich teilen Verff. fünf Fälle mit, die von Ende März bis Mitte April 1919 zur Beobachtung kamen. Obwohl bei allen das Microsporon Audouini nachgewiesen wurde, war das klinische Bild verschieden. Ausgehend von typischen im Bereich des Kapillitium sich haltenden Mikrosporieherden finden sich alle Übergänge bis zum klinisch als Herpes tonsurans anzusprechenden Krankheitsbild am Körper. Die Verff. weisen auf weitere Beziehungen zwischen Mikrosporie und Trichophytie hin; so auf das Auftreten von Kerionformen auch bei der Mikrosporie. Auf Grund ihrer Beobachtungen schließen die Verff., daß auch ein Mikrosporon die gleichen klinischen Bilder hervorrufen kann wie ein Trichophyton. Versuche mit Trichophytievakzinen, um auch die Mikrosporie bei ihrer nahen Verwandtschaft zur Trichophytie auf Immunitäts- und Allergieerscheinungen zu untersuchen, führten zu keinem befriedigenden Resultate.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis mit Psychose, von Harald Boas-Kopenhagen. Der mitgeteilte Fall betrifft eine 77jähr. Frau, die von einem Rezidiv ihrer Krankheit, die durchaus typisch auftrat, befallen war. Als bereits die Erscheinungen der Dermatitis herpetiformis zurückgingen, entwickelte sich eine Geisteskrankheit, wie sie nach akuten Infektionskrankheiten einzutreten pflegt. Diese als akute Amenti zu bezeichnende Komplikation kann als Stütze der Theorie einer toxischen Ätiologie der Dermatitis herpetiformis aufgefaßt werden.

Über einige urologische Grenzfragen, von J. J. Stutzin-Berlin. Die Komplikationen der akuten Urethralinfektion wie der eitrige Prostataabszeß, hochgradige Epididymitiden und nekrotisierende Infiltrate sind chirurgisch zu behandeln. Für die Behandlung der chronischen Posterior und der chronischen Prostatitis ist ein konservatives Verfahren, namentlich die Anwendung von Wärme, besonders in diathermischer Form, angezeigt. Bei der Besprechung der Striktur wird auf die sog. latenten Strikturen aufmerksam gemacht, die zu intermittierenden Fieberanfällen und konsekutiven Allgemeinsymptomen führen. Die Dilatation der Strikturen ist kein radikales Mittel, da sie immer wiederholt werden muß. Aber die externe Uretrotomie ist es auch nicht, da nach Schluß der Wunde erst recht dilatiert werden muß. Das Verfahren, den Harnröhrendauerkatheter zu vermeiden und den Urin nach der Operation durch einen suprapubisch eingeführten Blasenkatheter abzuleiten, kann die Strikturbildung auch nicht ausschließen. Die Resektion der Harnröhre ist hauptsächlich auf traumatische Strikturen zu beschränken. In einzelnen Fällen ist die Folge einer Striktur eine langsam sich entwickelnde Epididymitis, die leicht mit Tuberkulose verwechselt werden kann. Bei der Blase handelt es sich vor allem um die frühzeitige Erkennung der Tuberkulose, die leicht mit Blasenkatarrh verwechselt wird. Die Symptome der frühen und fortgeschrittenen Blasentuberkulose, ihre Bedeutung für eine Nierenresektion und die plötzliche Intoleranz der tuberkulösen Blase werden erörtert. Bei der Behandlung sollte man stärkere Lösungen zwischen 50—100 ccm bevorzugen. Bei chronisch Blasenkranken ist die psychische und allgemeine Behandlung nicht außer acht zu lassen. Die rebellische Zystitis ist nur operativ zu beseitigen. Weiterhin wird die Anwendung und Befestigungsart des Verweilkatheters besprochen. Nach der Diagnostik, der Katheterbehandlung der Prostatahypertrophie kommen die Gefahren der Operation. Die größte besteht im Nierenchok. Um ihn zu vermeiden, ist es notwendig, durch Einlegen eines Dauerkatheters die Reaktion der Nieren zu beobachten. Tritt normale Diurese ein, so sind die Aussichten günstig. Auf die Bedeutung der verschiedenen Operationsarten wird kurz eingegangen. Die Prostataatrophie kann zu gleichen Störungen führen. Zum Schluß wird die wichtigste Untersuchung, die der Prostataoperation vorhergehen soll, die Prüfung der Nierenfunktion erwähnt.

1920, Bd. 24, H. 1.

Beiträge zur experimentellen Kaninchensyphilis (Übertragungsversuche mit Liquor cerebrospinalis bei primärer und sekundärer Lues), von L. Arzt und W. Kerl-Wien. Die Übertragung von Lumbalflüssigkeit, welche von Patienten im I. und II. Sta-

Digitized by Google

dium der Lues entnommen war, ergab unter sieben zweimal ein positives Resultat. Damit ist der Beweis erbracht, daß die Infektion des Duralsackes schon sehr frühzeitig eintreten kann. Die Beziehungen zwischen derselben und den klinischen Erscheinungen sowie der Behandlung werden erörtert, aber nicht entschieden. Andererseits wurden Übertragungsversuche mit Lumbalflüssigkeiten von Fällen vorgenommen, die Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems zeigten. In allen vier Fällen war die luetische Infektion durch einen positiven Wassermann einwandfrei festgestellt. Die Resultate der Tierversuche waren bei sämtlichen Kranken negativ. Trotz des negativen Befundes ist die ätiologische Ursache der nervösen Erscheinungen offenbar in der Lues zu suchen. Wahrscheinlich finden sich bei diesen Affektionen nur spärliche Herde mit geringem Bazillengehalt, so daß die Erzielung eines positiven Impfresultates nicht zu erwarten ist.

Untersuchungen über die Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte (SGR), von August Poehlmann-München. Die Untersuchungen beschäftigen sich zunächst mit dem Einfluß der Temperatur auf das Zustandekommen der Reaktion, weiterhin mit dem Einfluß der Kochsalzkonzentration, mit den Vorteilen einer Steigerung der Serummenge, einer Verkürzung der Inaktivierungszeit der Seren, dem Einfluß des Lagerns der Sera und schließlich der Ablesung der Resultate. Da bei der SGR ein und dasselbe Serum bei verschiedenen Temperaturen verschieden stark reagiert, einzelne Seren überhaupt nur bei bestimmten Temperaturen ausflocken, ist es vorteilhaft, nach 2 Stunden bei 37°, dann 20 Stunden bei 18—20°, 24 Stunden nur bei Zimmertemperatur und 24 Stunden nur bei 37° abzulesen. Da jedoch die Menge der einzelnen Seren hierzu nicht ausreichen würde, so ist es empfehlenswert, bei jedem Serum die Reaktion sowohl bei Zimmertemperatur als auch nach vorangehender Kälteeinwirkung (2 Stunden) anzustellen. Der übliche Salzgehalt (0,85%) ist beizubehalten. Eine Steigerung der Serummenge von 0,1—0,2 ccm führt zu einer wesentlichen Verschärfung der Reaktion. Die halbstündige Inaktivierung der Seren ist beizubehalten, da sie der verkürzten Zeit überlegen ist. Die Seren werden am zweckmäßigsten am 2.—3. Tage nach der Blutentnahme untersucht. Zweifelhafte oder schwach positive Resultate werden zweckmäßig am folgenden Tage nochmals abgelesen, da dann die Ausflockungen häufig verstärkt sind.

Liquorbefund in den einzelnen Stadien der unbehandelten Syphilis, von Theodor Kohrs-Kiel. Untersuchungen von Lues I mit negativem Wassermann ergab in keinem Falle einen Ausschlag sämtlicher Methoden. Bei 73 Fällen der Lues I mit positivem Wassermann ergaben vor Beginn der Behandlung 10 Fälle pathologische Liquorveränderungen. Bei der unbehandelten Lues II mit mehreren gleichzeitigen Erscheinungsformen wiesen von 276 Fällen 101 Liquorveränderungen auf. Bei den Monosymptomatikern des II. Stadium finden sich die gleichen Verhältnisse. Von 5 Fällen von Lues maligna ergaben 2 pathologische Befunde. Von 60 Fällen von Lues gummosa zeigten 26 Liquorveränderungen. Die unbehandelte Lues latens ergibt 34 Fälle, von denen 13 pathologischen Liquor hatten. Mit der Abnahme der luetischen Reaktion wird ein Auftreten meningealer Entzündungen beobachtet. Ein häufigeres Vorkommen von Liquorveränderungen bei einzelnen Erscheinungen des II. Stadiums, besonders bei Alopecia specifica, konnte nicht festgestellt werden. Die frühluetische Meningitis hat ihren Höhepunkt im II. Stadium. Ohne Behandlung scheint sie allmählich in chronische Gewebsveränderung überzugehen, die bei der Lues latens die stärksten Erscheinungen macht. Vörner-Leipzig.

Archives of Dermatology and Syphilidology.

(Herausgegeben von der Am. m. Assoc.)

1920, Bd. 38, H. 1.

Zwei ungewöhnliche Fälle von Trichophytie, von denen der eine durch einen in rosa Kulturen wachsenden Pilz (Trichoph. rosaceum) verursacht ist (Two unusual cases of ringworm, one of them due to fungus (trichophyton rosaceum) producing pink cultures), von Hartzell-Philadelphia. H. berichtet über einen Fall von Trichophytie am Stamm und den Extremitäten, als dessen Ursache er den von Sabouraud bei Hühnerfavus gefundenen Trichoph. rosaceum feststellte.

Digitized by Google

Chronischer papulöser juckender Ausschlag in den Achseln und an der Schamgegend (Chronic papular itching eruption of the axillae and pubes), von WITHERS-St. Louis. Zwei Fälle von heftigem Jucken, danach lichenoide Veränderungen der Haut der Achseln und Pubes.

Statistische Studie über extragenitale Schanker (Statistical study of extragenitale chancres), von PORTER-St. Louis.

Dermatosen als Vorläufer des Hautkrebses; der weitere Verlauf zweier schon früher berichteter Fälle (Precancerous dermatoses, the further course of two cases, previously reported), von BOWEN-Boston. Verf. hat schon im Mai 1912 zwei Fälle von atypischen Epithelproliferationen beschrieben. In dem einen der neu berichteten Fälle waren Narben und Teleangiektasien durch Röntgen entstanden. Bei einem weiteren Falle war das Kankroid ausgegangen von einer Brandnarbe der Wange, welche Pat. in früher Jugend erworben hatte. Pat. hatte dazu multiple Herde am Stamm. Er starb 38 Jahre später an Pyloruskrebs. Der erstere Fall war 29 Jahre nach Einsetzen einer schuppenden Hautaffektion entstanden. Verf. ist geneigt, diese Affektionen, welche später zu Kankroid führen, in dieselbe Gruppe einzureihen, in welcher wir die PAGETsche Krankheit, das Xeroderma pigmentosum, die Keratosis senilis, die Arsenkeratosis usw. untergebracht haben.

Schwere Reaktionen nach Salvarsan und Diarsenol im Präparat Arsphenamin (Serious reactions from the Salvarsan and Diarsenol brands of Arsphenamin), von MOORE und FELEY-Baltimore. Vier Fälle mit schwerer Reaktion der Haut, einer mit gleichzeitiger Nierenschädigung und tödlichem Ausgang nach intravenöser Injektion von Arsphenamin, dem amerikanischen Salvarsan.

Klinische Studie über Lichen planus (A clinical study of Lichen planus), von CULVER-San Francisco. Lichen-planus-Fälle, die auf Arsen gar nicht, sondern auf Sublimat innerlich reagierten. Einer reagierte auf Arsphenamin, einer artete in Mycosis fungoides aus.

Feststellung von Sporen in Hautschuppen (Spore Identification in scarpings), von BACHMANN-Allentown. Eine eigene Methode, die uns Deutschen nichts Neues bringt.

Urtikaria, wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs (Urticaria probably due to syphilis), von HOLLANDER-Pittsburg. Betrifft hereditär syphilitisches Mädchen von 5 Jahren mit positivem Wassermann, Heilung durch spezifische Behandlung, ferner einen Erwachsenen mit syphilitischen Antezedentien, bei welchem eine wiederholt rezidivierende Urtikaria nur auf spezifische Behandlung heilte.

Universelle exfoliative Dermatitis nach Natriumkakodylat (Universal exfoliative Dermatitis from sodium cacodylate), von PUSEY-Chicago. Keratosis hauptsächlich an Hohlhänden und Fußsohlen mit sehr langsamer Rekonvaleszenz nach subkutanen Injektionen von Kakodylnatrium.

1920, Bd. 38, H. 2.

Monilia-candida-Infektion des Mundes (Monilia candida infection of the mouth), von ENGMANN und WEISS-St. Louis. Erkrankung der Lippen-, Wangen- und Zungenschleimhaut gleich der Leukoplakie der Tabakkauer. Als Ursache stellte der Botaniker MOORE in St. Louis einen Saprophyten dar: die Monilia candida PLAUTH. Übergang in Karzinom, das die Resektion des Unterkiefers notwendig machte.

Die brennende Zunge (Burning tongue), von ENGMANN-St. Louis. Das Leiden soll mit Hypertrophie der Zungentonsille zusammenhängen.

Lebersyphilis (Syphilis of the liver), von WILE-Michigan. Bringt die Klinik der Lebersyphilis und weist im besonderen auf die akute gelbe Leberatrophie als syphilitische Erkrankung hin.

Ulzerierendes Granulom der Schamgegend (Ulcerating granuloma of the pudenda), von GOODMANN-New York. Bakteriologisch fand G. eine Spirochäte und einen Vibrio. WR negativ. Therapie: Intravenös 1%ige Lösung von Tartar. stibiat.

Vulvitis erosiva (Erosive vulvitis), von DRISCOLL-Richmond. Ähnlich der Balanitis erosiva. Ursache: Spirochäte und Bacillus fusiformis. WR negativ.

Keratosis durch Sonnenlicht und Hautkrebs (The solar keratosis and cutaneous cancer), von MAC COY-Vincennes, Ind.). Gleich UNNA und DUBREUILH nimmt Verf. einen Hautkrebs durch Sonnenlicht an, auch wenn es vom Gletscher und Wasser zurückstrahlt. Die blonde Rasse ist mehr disponiert als die brünette, namentlich auch Leute, die einen weißen Kalkboden bewohnen.

Digitized by Google

Dermatologische Fehlbenennungen (Dermatologic misnomers), von Moses Scholtz-Los Angeles. Verf. nennt u. a. Sycosis vulgaris, Sycosis parasitaria und ringworm monströse Bezeichnungen, welche weder das histologische noch das bakteriologische bzw. mykologische Wesen der betreffenden Krankheit bezeichnen.

1920, Bd. 38, H. 3.

Laboratoriums- und klinische Studien über die Ursachen der Reaktionen auf intravenöse Injektionen von Arsphenamin und Neoarsphenamin (Laboratory and clinical studies bearing on the causes of the reactions following intravenous injections of Arsphenamin and Neo-Arsphenamin), von Schamberg, Kohner, Raiziss und Weiss-Philadelphia. Darstellung der Chemie und experimentellen Biologie bzw. Pathologie der dem deutschen Salvarsan bzw. Neosalvarsan entsprechenden Präparate.

Neurotische Exkoriationen (Neurotic Excoriations), von Mac Kee-New York. Hautexkoriationen, welche bei neurotischen Individuen entstehen von Verletzungen, die sie sich aus Gewohnheit oder in der irrigen Meinung, dadurch krankhaften Hautveränderungen vorbeugen zu können, beibringen. Sie sind nicht zu verwechseln mit den Hautverletzungen Hysterischer noch mit denen von Simulanten. Wichtig ist die Differentialdiagnose von genuinen Hautaffektionen.

Neurotische Exkoriationen mit Bericht von Fällen (Neurotic excoriations with report of cases), von Pusey und Senear-Chicago. Bringt weitere Beiträge zu dem im vorigen Artikel gedachten Gegenstand.

Veneroides Ulkus (Veneroid ulcer), von Olsou-Minneapolis. Beschreibung des sogenannten Welander-Ulkus, an welches der Praktiker vorkommenden Falles denken möge.

Bericht über zwei Fälle von idiopathischem hämorrhagischem Sarkom (Kaposi), der erste kompliziert mit lymphatischer Leukämie (Report of two cases of idiopathic hemorrhagic Sarcoma (Kaposi), the first complicated with lymphatic leukemia), von Cole und Crimp-Cleveland. Histopathologie und Klinik eines Falles von multipeln hämorrhagischen Sarkomen der Haut usw.

Knochenneubildung bei Lupus erythematodes (Osseous formation in lupus erythematosus), von Trimble-New York. Merkwürdige Knochenneubildung in einer Lupus-erythematodes-Narbe im Gesäß.

Kampferöltumoren (Camphor oil Tumors), von Mook und Wander-St. Louis. Es handelt sich um Hauttumoren an Stellen, wo Kampferöl eingespritzt war, welches mit Mineralöl verunreinigt war. Wolff-Wiesbaden.

Bücherbesprechungen.

Kurzes Repetitorium der Hygiene, von Julius Mahler. (Leipzig 1919, Joh. Ambr. Barth. Breitensteins Repetitorien, Nr. 47.) Das kleine Werk, von dem die vierte Auflage jetzt vorliegt, erfreut sich mit Recht einer großen Beliebtheit, denn es ist klar und übersichtlich geschrieben und enthält eine Fülle von Auskunft über alle praktischen Fragen auf dem Gebiete Hygiene im einzelnen und im allgemeinen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Einführung in das Studium der Prostitutionsfrage, von Anna Pappritz. (Leipzig 1919, J. A. Barth.) Ein großes Verdienst um das Studium der Prostitutionsfrage hat sich Anna Pappritz, die bekannte Kämpferin gegen die Reglementierung der Prostitution, durch Herausgabe eines Werkes erworben, das — unter Mitarbeit vieler Autoritäten auf dem Gebiet der einschlägigen Fragen — durch eine ganz objektiv gehaltene, kurz zusammenfassende Darstellung des gesamten Tatsachenmaterials ein Nachschlagewerk erschöpfenden Inhalts bildet, welches künftig jedem, der sich über die Prostitutionsfrage unterrichten will, unentbehrlich sein dürfte. Die äußerst sorgfältige, alles Wesentliche berücksichtigende Bearbeitung des ausgedehnten Stoffes verdient ehrliche Anerkennung. Die Ablehnung der Reglementierung der Prostitution zieht sich, trotz der Bemühung jedes Mitarbeiters, objektiv und sachlich zu schreiben, als roter Faden durch das Werk. Hanauer und Anna Pappritz beleuchten das Problem der Prostitution in der Entwicklung vom Altertum zur Gegenwart, juristisch befaßt sich Alix Westerkamp mit der gleichen Frage. E. Delbanco und Annie Blumenfeld beschäftigen sich unter Herbeibringung umfangreichen statistischen Materials mit dem

Digitized by Google

modernen Prostitutionswesen. Marie Kaufmann-Wolf liefert u. a. einen Beitrag über die angeborene Syphilis, L. v. Zumbusch gibt Indikationen zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten. Über die wirtschaftlichen und sozialen Ursachen der Prostitution äußern sich Katharina Scheven, Clara Thorbeke und Adele Schreiber; Irmgard Schäfer spricht über die Frauenfürsorgetätigkeit bei der Polizei. Schließlich entwickelt noch Blaschko den Werdegang der Deutsch. Gesellsch. z. Bek. d. Geschlechtskrankheiten, und Busching legt das Wesen des deutschen Ärztebundes für Sexualethik klar. Diese kurzen Streiflichter kennzeichnen die Vielseitigkeit des Inhalts des Pappritzschen Buches und mögen dieses als Nachschlagewerk Ärzten und Laien empfehlen.

Evelyn Rossen-Wiesbaden.

Prognose und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter, von G. Stümpke. (Berlin 1919, Hermann Meusser.) Es ist noch gar nicht so lange her, daß die Berechtigung der Aufstellung einer besonderen Disziplin der Kinderkrankheiten bestritten wurde. Heute kann davon keine Rede mehr sein, sie nimmt vielmehr ständig an Umfang zu, und die vorliegende Monographie zeigt, daß auch für Krankheiten, die nicht eigentlich als Kinderkrankheiten bezeichnet werden können, eine Sonderdarstellung mit Beschränkung auf das Kindesalter wohl berechtigt erscheinen kann. Sowohl beim Tripper wie bei der Syphilis sehen wir Besonderheiten gegenüber dem Auftreten beim Erwachsenen, bei ersterem besonders in der Form der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, dieser leider noch immer so häufigen und therapeutisch so schwer zu beeinflussenden Erkrankung, für die vom Verf. mit Recht größter Wert auf Krankenhausbehandlung gelegt wird. Im Gegensatz zu der keine Besonderheiten aufweisenden und im allgemeinen prognostisch günstigen Blennorrhoe der Knaben stellt die Ophthalmoblennorrhoe wieder ein Charakteristikum des Kindesalters dar, in dem sie wesentlich häufiger als beim Erwachsenen auftritt, zwar eine bessere Prognose gibt als bei diesen, aber immer noch zahlreichen Kindern das traurige Schicksal der Erblindung bereitet. Ihre Prophylaxe und Behandlung ist eingehend dargestellt und von neueren Mitteln besonders das Sophol hervorgehoben. Wenn auch Kinder in gleicher Weise wie Erwachsene an Syphilis erkranken können (gewisse Besonderheiten kommen auch dabei vor, indem die Primäraffekte und die ersten Allgemeinerscheinungen nicht so stark ausgebildet sind und daher leichter übersehen werden können), so fällt die Hauptbedeutung der ihnen eigentümlichen kongenitalen Syphilis zu. Für die unter Umständen schwierige Differentialdiagnose zwischen kongenitaler und akquirierter Syphilis wird auf das Verhalten der WR Wert gelegt, deren schnelles Negativwerden für die letztere Form spricht, während sie bekanntlich bei der ersteren nur sehr schwer, oft gar nicht zu beeinflussen ist, so daß sie auch nicht für die Ausdehnung der Behandlung maßgebend sein kann. Für diese empfiehlt Verf. Hg und Salvarsan kombiniert (was übrigens auch bei der für das Kind so wichtigen prophylaktischen Behandlung der schwangeren Mutter am empfehlenswertesten zu sein scheint), weist jedoch darauf hin, daß Einspritzungen bei späteren Kuren oft nicht so gut vertragen werden. Kinder syphilitischer Eltern müssen, auch wenn sie keine Erscheinungen zeigen, stets als verdächtig gelten und einer am besten auf ein Jahr auszudehnenden Beobachtung unterzogen werden; die WR ist hierbei kein genügendes Hilfsmittel, da sie bisweilen erst nach Wochen oder Monaten bzw. beim Auftreten manifester Erscheinungen positiv wird. Bleibt sie trotz solcher negativ, so ist das prognostisch ungünstig. Die Mortalität wird auf ungefähr 53% berechnet, wovon 85,5% im ersten Lebensjahre; der Tod kann durch syphilitische Sepsis erfolgen, häufig jedoch verschulden ihn komplizierende Erkrankungen, besonders Bronchialkatarrhe und Bronchopneumonien. Auffallend ist die geringe Zahl der im 2.—6. Lebensjahre zu beobachtenden Erscheinungen. Von den klinischen Erscheinungen, die in zwar kurzer, doch übersichtlicher Weise dargestellt werden, sind auch manche als charakteristisch hervorzuheben, so die Hutchinsonsche Trias, die Epilepsie, Idiotie, juvenile Tabes und Paralyse, zahlreiche Mißbildungen, Erkrankungen der Leber usw. Bezüglich der Genese der kongenitalen Syphilis wird die paterne Infektion abgelehnt, das früher eine so große Rolle spielende Collessche und Profetasche Gesetz als nicht mehr zutreffend nachgewiesen und die sich danach ergebenden veränderten Anschauungen über das Säugen syphilitischer oder von syphilitischen Müttern geborener Kinder eingehend besprochen. Aus dem reichen (in bezug auf Statistik und ältere Literatur stellenweise vielleicht zu reichen!) Inhalt des Buches, aus dem hier nur einiges hervorgehoben werden konnte, wird der Praktiker vielerlei Anregung schöpfen können; wir müssen dem Verf. dankbar sein für die wertvollen Dienste, die sein Buch bei der Bekämpfung dieser besonders grausam erscheinenden Krankheitsfälle sicher leisten wird. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Monographien über die Zeugung beim Menschen, von HERMANN ROHLEDER-Leipzig. Bd. 6: **Künstliche Zeugung und Anthropogenie (Menschwerdung; Bastardierung von Mensch und Menschenaffe).** (Leipzig 1918, Georg Thieme.) In dem ERNST HAECKEL gewidmeten Schluß- (VI.) Band der Monographien über die Zeugung beim Menschen nimmt die Erörterung über die Möglichkeit einer künstlichen Befruchtung vom Menschenaffen mit menschlichem Sperma das größte Interesse in Anspruch. Einleitend gibt R. eine kurze Übersicht über den Stand der Frage und ihre naturwissenschaftliche Bedeutung und betont dabei ausdrücklich, daß er unter voller Würdigung der moralischen und religiösen Bedenken „sine ira als mit desto größerem studio" die Frage rein wissenschaftlich und nach allen Richtungen hin mit möglichster Dezenz durchzuführen versucht habe. Die Arbeit gliedert sich in 4 Abschnitte. Ein 1. Teil bringt Allgemeinbemerkungen zur Deszendenz- und Urzeugungslehre, um auch dem diesen Dingen ferner Stehenden eine Übersicht zu geben. Der 2., naturwissenschaftliche Teil erörtert die spezielle Entwicklung des Menschen aus dem Affengeschlecht. Zur Unterstützung dieser Anschauung werden die Ergebnisse der vergleichenden Anatomie, der Paläontologie, der Ethnographie und Embryologie ausführlich erörtert. Ein 3. Teil führt den medizinischen Nachweis der gemeinsamen Abstammung von Mensch und Affe auf Grund der Blutsverwandtschaft zwischen Affe und Mensch und der Ergebnisse der Untersuchungen über das Verhalten der Drüsen mit innerer Sekretion. Ein Kapitel erörtert die künstliche Befruchtung zwischen Menschenaffe und Mensch als Beweis der tierischen Abstammung des Menschen. Als Schlußabschnitt wird in einem juristischen Teil die rechtliche Stellung der ganzen Angelegenheit erörtert. Man mag von moralisch-ethischer Seite zu dem ganzen Fragenkomplex stehen wie man immer will, die ernste und rein wissenschaftliche Darstellung muß zum Nachdenken anregen.

O. Gans-Heidelberg.

Röntgentaschenbuch, 8. Bd., von ERNST SOMMER-Zürich. (München-Leipzig 1919, Otto Nemnich. Mit 61 Abb. u. 4 Tafeln.) Das vorliegende Bändchen ist das achte der Röntgentaschenbücher, das trotz der schwierigen Zeitläufte seinen Vorgängern an Güte der Ausstattung kaum nachsteht. Der 1. Teil enthält 19 Sonderbeiträge, aus denen als auch für den Dermatologen wichtig hervorgehoben seien die Aufsätze: BUCKY und DESSAUER: über praktische Erfahrungen mit der Coolidgeröhre bzw. die Coolidgeröhre und ihre Eigenschaften; LÖWENTHAL-Braunschweig: über die Schwerfilter in der Röntgentherapie; LOOSE-Braunschweig: über die Röntgenbehandlung der Lymphdrüsentuberkulose; FRITZ M. MEYER-Berlin: über die physikalische Behandlung von Geschlechtskrankheiten; PFÖRRINGER-Regensburg: über Schwerfiltertherapie; SOMMER: über eine neuere Form der Sensibilisierung in der Strahlentherapie und die Technik und Indikationsstellung der Radium- und Mesentheriumtherapie; WETTERER: die hochfiltrierte Strahlung in der Dermatoröntgentherapie; WINKLER-Wien: über die Therapie von Strahlungsschädigungen. Ein weiterer Abschnitt berichtet über Leistungen und Fortschritte der röntgenologischen Technik 1916/17.

O. Gans-Heidelberg.

Handbuch der Röntgen- und Radiumtherapie, von JOSEF WETTERER-Mannheim. Bd. 1. (München-Leipzig 1919, Otto Nemnich.) Das Handbuch der Röntgen- und Radiumtherapie liegt nunmehr in drei Auflagen vor. Trotz des Krieges und der Schwierigkeit der Folgezeit ist es gelungen, die notwendig gewordene Umarbeitung und Ergänzung des Werkes bis auf die letzte Zeit durchzuführen. Daher verlangte die 3. Auflage eine Erweiterung des Werkes auf drei Bände. Die äußere Ausstattung des vorliegenden Bandes ist den Zeitverhältnissen entsprechend. Er enthält in der Einleitung eine Erörterung des Wesens der Röntgentherapie, ihres gegenwärtigen Standes und ihrer Indikationen. Der physikalisch-technische Teil enthält Kapitel über Stromvorstellung, Stromtransformation, Hilfsapparate zur Stromtransformation, Energieformen der Entladungsröhre, Vakuumröhre, Röhrenmodelle, Erkennung und Unterdrückung der Schließungsinduktion, therapeutische Instrumentarien nebst Schutzvorrichtung und Hilfsutensilien, die Einwirkung des Röntgenzimmers und die so außerordentlich wichtige und schwierige Dosimetrie. Ein weiterer Teil berichtet über die biologischen Wirkungen der Röntgenbestrahlung, ihre Anwendung und Dosierung, allgemeine Gesichtspunkte der Oberflächenbestrahlung wie Tiefenbestrahlung. Ein Schlußkapitel ist den Schädigungen im Röntgenbetrieb und ihrer Vermeidung gewidmet. Anhangsweise hat SCHRÖDER †-Baden-Baden die Radiotherapie nach ihrer rechtlichen Seite beleuchtet. Eine große Zahl farbiger Tafeln ist dem Buche beigegeben.

O. Gans-Heidelberg.

Zur Geschichte der Spirochätenforschung. 1. Morphologie der Syphilisspirochäte. 2. Züchtungen der Syphilisspirochäte. (Mitteilungen aus dem Institut

Digitized by Google

Dr. Carl Spengler-Davos, Bd. 1, H. 2, von S. Fuchs v. Wolfring. Bern 1919.) Die Morphologie der Spirochaete pallida wird hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt geschildert, daß sie sowohl aus Material aus typisch manifester wie aus der Kultur von Spirochaete refringens nicht sicher zu unterscheiden sei. Die von E. Hoffmann gegebene morphologische Definition wird als historisch veraltet bezeichnet. Beispielsweise wird von Shmamine der Satz zitiert: Die Spirochaete refringens stellt eine Entwicklungsform der Spirochaete pallida dar. Es werden dann die Versuche von Carl Spengler geschildert, welche das Auswachsen der Spirochaete pallida aus einem Syphilisgranulum zeigen sollen. Zu der Frage der Züchtung der Syphilisspirochäte wird hauptsächlich darauf Wert gelegt, daß die Pallida in Reinkulturen nur sehr selten und kümmerlich wächst, dagegen hauptsächlich in Mischkulturen floriert. Carl Spengler züchtete aus scheinbar spirochätenfreiem, jedoch mit den Syphiliserregern beladenem Blut zunächst Kokken-, Stäbchen- und Fadenformen, die jedoch unter anaëroben Bedingungen zur klassischen Pallida wurden. Nach Ansicht Carl Spenglers ist der Syphiliserreger ein formvariables Stäbchen, das je nach den Bedingungen auf der aëroben Seite die Ovoidspore, auf der mehr anaëroben die Pallida hat. Dazwischen liegen die Syphilisgranula und die Scheinfäden, sogenannte Refringensformen, d. h. die Pallida mit Hülle. Die Pallida ist der von der Hülle entkleidete Zentralfaden des sogenannten Refringenstypus, wie sich im Dunkelfeld feststellen läßt. Syphilisdiagnostische Blutuntersuchungen. Man entnimmt aus der Vene durch Vertikalpunktion 1,0 ccm Blut und spritzt es auf ein schräg erstarrtes Blutserumröhrchen aus. Im Brutschrank reichert sich das Blut innerhalb eines Tages an, man kann dann zahlreiche Spirochätenarten und andere Wuchsformen durch Giemsafärbung nachweisen. Die große diagnostische Bedeutung erhellt aus dem Resultat: Alle florid Syphilitischen waren spengler-positiv; 40 Blutsorten mit positiver WR waren alle spengler-positiv; 13 Blutsorten mit positiver Syphilisanamnese, aber negativem Wassermann waren alle spengler-positiv; von 41 Blutsorten syphilissuspekter Patienten mit negativer WR waren 28 spengler-positiv; in 44 Fällen von Lungentuberkulose, wovon nur 6 positive WR zeigten, waren 33 spengler-positiv. Verfasser schließt mit den Worten: In die chinesische Mauer, welche die Syphilisforschung seit der Schaudinnschen Entdeckung umgeben hat, wird eine Bresche geschlagen, durch die sich unseren Blicken weite, aussichtsreiche Perspektiven enthüllen.[1])

F. W. Oelze-Leipzig.

Geschlechtskrankheiten in deutschen Großstädten auf Grund einer Erhebung des Verbandes deutscher Städtestatistiker, bearbeitet von Dr. A. Busch-Frankfurt a. M. (Breslau 1918.) Vorliegende Schrift bringt die Ergebnisse der vom 20. November bis zum 20. Dezember 1913 in 37 deutschen Großstädten veranstalteten Zählung, die sich der Mitwirkung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu erfreuen hatte, deren Vorsitzender Blaschko über die Ergebnisse in Berlin in einer besonderen Arbeit (Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin. Berlin 1918, S. Karger) berichtet hat. Aus der großen Fülle der in gleicher Weise den Praktiker, Arzt, Polizeimann, Kommunalpolitiker interessierenden Zahlen und Schlüsse, die sicher als Unterlage für eine spätere, hoffentlich auf noch breiterer Basis aufgebaute Erhebung dienen werden, wie eine solche gerade mit Rücksicht auf die durch den Krieg vielfach veränderten Verhältnisse dringend gewünscht werden muß, kann hier natürlich nur ein Ausschnitt gegeben werden. Man hatte sich dahin geeinigt, nicht die an einem bestimmten Stichtage, sondern die während des obengenannten Zeitraumes in Behandlung befindlichen Kranken zu zählen, sich bei Blennorrhoe und Ulcus molle auf eine Zusammenfassung sämtlicher Fälle mit ihren Komplikationen zu beschränken und nur für Syphilis eine Unterteilung in a) frische Syphilis, b) rezidivierende Syphilis einschließlich Spätsyphilis, Tabes, Paralyse, wobei bei den letzteren beiden noch alte Fälle und erstmalige Erkrankungen gesondert wurden, c) Erbsyphilis vorzunehmen, ferner sich mit Zusatzfragen auf das Notwendigste zu beschränken. Das Material wurde getrennt nach Privatpraxis einschließlich Polikliniken und Krankenanstalten gesichtet, die Militärlazarette wurden nicht mit hineingerechnet. In Krankenanstalten befanden sich 18% aller Kranken, außerhalb 82%, kleiner als der Gesamtdurchschnitt der in Krankenanstalten Behandelten ist der Prozentsatz bei der Blennorrhoe (15%), größer bei Ulcus molle (22%) und Syphilis (21%), insbesondere bei frischer Syphilis (25%), ferner bei Tabes und Paralyse (31% bei alten, 22,5% bei neuen Fällen), bei Erbsyphilis 32,5%. Die

[1]) Eine ausführlichere Besprechung nebst Bemerkungen zur Methodik der Spirochätenforschung erschien in der B. kl. W., 1919, Nr. 50.

Digitized by Google

Gesamterkrankungsziffer auf 1000 der Bevölkerung betrug 5,5, und zwar steigt sie mit der Größe der Städte von 3,35‰ bei bis 100000 auf 7,18‰ bei über 600000 Einwohnern. Die Steigerung der Promilleziffer mit der Einwohnerzahl zeigt sich auch bei der Blennorrhoe, jedoch nicht bei der frischen Syphilis, für die also anscheinend andere Verhältnisse als die Zunahme der Bevölkerung maßgebend sind; doch ergab die Einbeziehung der Rezidivfälle eine steigende Tendenz der Promilleziffer mit der Größe der Einwohnerzahl. Im Vergleich zu Erhebungen aus 1900 in 20 preußischen Großstädten ergibt sich ein wesentliches Ansteigen der Zahl der Geschlechtskrankheiten. Die Zahl der männlichen Kranken betrug 75%, der weiblichen 25%, der Anteil der ersteren nimmt mit der Größe der Städte zu, der der letzteren ab. Von den erkrankten Männern waren ledig 69,55%, verheiratet 30,45%, von den Frauen ledig 62,52%, verheiratet 37,48%, der Anteil der Krankenhausbehandlung ist bei Frauen größer als bei Männern und tritt besonders bei ledigen weiblichen Personen hervor. Von der Gesamtzahl der Kranken kamen 50% auf Blennorrhoe, 45% auf Syphilis, 5% auf Ulcus molle, bei der Krankenhausbehandlung ist der Prozentanteil der Syphilis um etwa 10% größer als bei der Privatbehandlung. Gegen die preußische Erhebung von 1900 ist der Anteil der Syphiliskranken gestiegen, doch darf daraus nicht ohne weiteres eine Vermehrung der Syphiliskranken geschlossen werden. Der Anteil der weiblichen Kranken ist bei den an Blennorrhoe Erkrankten geringer als bei den an Syphilis Erkrankten, ihr Anteil ist sowohl bei Syphilis wie bei Blennorrhoe bei der Krankenhausbehandlung ein wesentlich größerer als bei der Privatbehandlung. Von den Syphilisfällen kommen 5% auf die Erbsyphilis, von dem Rest $^1/_3$ auf frische, $^2/_3$ auf rezidivierende Syphilis. An Tabes und Paralyse haben den größten Anteil die verheirateten männlichen Personen, dann folgen die männlichen ledigen, dann die weiblichen verheirateten, endlich die weiblichen ledigen. 75% der Fälle waren bereits früher in Behandlung gewesen, 25% neu in Behandlung getreten. Von den Infektionen hatten reichlich 75% am Wohnorte stattgefunden, doch ist diese Zahl mit Rücksicht auf die Fälle mit unbekanntem Infektionsort erheblich größer anzunehmen. Die Feststellung des Infektionsortes war bei der Blennorrhoe leichter als bei der Syphilis, doch kann jedenfalls als nachgewiesen gelten, daß bei der Syphilis mehr Infektionen außerhalb zustande kommen. Eine besondere Ausscheidung der öffentlichen Mädchen wurde erst, als die Erhebung bereits im Gange war, in die Wege geleitet und nur von 22 Städten, noch dazu in unvollkommener Weise, vorgenommen; die Zahl der bei ihnen festgestellten Erkrankungen war gering, wesentlich größer sind die Gefahren von den Mädchen, die irgend einen Erwerb als Deckmantel benutzen. Die gefundenen absoluten Zahlen berechtigen zu der Annahme, daß diejenige Gruppe von Personen, auf die sich die Erhebung erstrecken sollte, mit genügender Vollständigkeit erfaßt worden ist; es mögen danach mancherlei Befürchtungen zerstreut werden, nach welchen viel größere Zahlen für das Vorhandensein von Geschlechtskrankheiten vermutet wurden.

E. Levin-Berlin.

Die Weltsterblichkeit an Krebs (The Mortality from Cancer throughout the World), von Frederick L. Hoffmann (Newark, New Jersey 1915.) Das vorliegende Werk, wahrscheinlich eine der erschöpfendsten Statistiken, die jemals über Krebs geliefert worden sind, ist auf Veranlassung einer der größten amerikanischen Versicherungsanstalten, der Prudential Life Insurance Company, als deren Medikostatistiker der Verfasser fungiert, entstanden. Es besteht aus einer gewaltigen, in weit über 300 Tabellen niedergelegten Fülle von Zahlen, welchen eine 221 Seiten umfassende textliche Erklärung zur Seite steht. Von dermatologischem Interesse sind das kleine Kapitel über Karzinom als Syphilisfolge und insbesondere die mehrfachen Hinweise auf die durch gewerbliche Schädigung sich ergebenden Hautkrebse, wie Teer-, Paraffin-, Schornsteinfeger- und Gärtnerkrebs, die in England und Amerika weitaus häufiger als bei uns vorkommen und in unserer deutschen dermatologischen Literatur wohl noch nicht genügend gewürdigt sind.

J. H. Rille-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. Juli 1920 | Nr. 28 | Band 71

Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Altona
(Oberarzt Prof. Dr. C. Bruck).

Über Terpentinölbehandlung (Klingmüller) mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung in der Dermatologie.

Von

Dr. Heinrich Becher.

Im Jahre 1901 hatte Plato an der Neisserschen Klinik vergleichende Versuche angestellt, um die spezifische Behandlung der Trichophytien durch Trichophytin zu stützen; er konnte nachweisen, daß es durch den Preßsaft eines Trichophytonpilzes möglich ist, bei Trichophytiekranken dieselben allgemeinen und lokalen Reaktionen hervorzurufen, wie z. B. bei der Tuberkulose durch Tuberkulin. Diese Versuche genügten Klingmüller (1), da er nicht ganz davon überzeugt war, daß bakterielle Präparate oder Bakterienextrakte spezifisch wirkten, nicht, und so ging er im Jahre 1913 daran, diese Versuche mit Krotonölinjektionen nachzuprüfen. Er gab dieses in Dosen von 0,001 g mit gutem Erfolg. Hierbei wurden die Eiterungen bei Furunkeln und Tripper im Verlauf von 24—48 Stunden geringer. Da das Krotonöl aber zu starke lokale Reizungen machte, ersetzte Klingmüller es durch Terpentinöl.

Die Anwendung des Terpentinöls zu Injektionen geht zurück auf Fochier (2) in Lyon, der die subkutane Anwendung 1891 empfahl, und zwar aus der Überlegung, daß die sehr virulenten septischen Infektionen keine Eiterungsherde bilden. So wollte er auf künstlichem Wege einen Abszeß anlegen, der die Allgemeininfektion zum Teil „fixieren" — daher nannte er sie Fixationsabszesse —, erschöpfen und dadurch in ihrer Wirkung auf den Gesamtorganismus abschwächen könnte. Der Gedanke war nicht neu, denn schon am Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts hat man in der inneren Medizin und Chirurgie ähnliche Methoden zur „Ableitung" der Krankheit in Form von Fontanellen, Haarseilen und Moxen, die ja auch Eiterungen hervorrufen, besonders bei Infektionskrankheiten angewandt. Fochier selbst benutzte diese angenommene Wirkung zur Behandlung von septiko-pyämischen Prozessen, besonders dem Puerperalfieber. Er injizierte 1—3 ccm Terpentinöl, manchmal wiederholte er diese Injektionen bei demselben Patienten und bekam meist starke Eiterungen. Er will durch diese Fixationsabszesse gute Erfolge erzielt haben. Außerdem behauptet Fochier, daß sie von prognostischem Wert seien, denn in den ganz schweren Fällen bildete sich kein Abszeß. Eine Reihe von Autoren wie Senn (4), Revilliod (5), Gauthier (6), Colladon (7), Lépine (8) u. a. m. haben die Wirkung der Fixationsabszesse auf Pneumonien, Typhus, Otitis media untersucht und haben gute Resultate erzielt. Espenel (9) berichtet über Fixationsabszesse bei Säuglingen und Kindern

Digitized by Google

im Alter bis zu 22 Monaten bei schweren fieberhaften Erkrankungen und guten Erfolgen. Gauthier (6) teilt ein durch Terpentinabszeß günstig beeinflußtes, vom Nabel ausgehendes Erysipel bei einem Neugeborenen von einigen Tagen mit, hingegen hält Detscheff (10) Terpentinabszesse für kontraindiziert bei jugendlichem Alter. Er warnt ferner vor Anwendung derselben bei Diabetes, Tuberkulose und allgemeiner Wassersucht. Pic (11) faßt seine Erfahrungen dahin zusammen, daß der Fixationsabszeß bei schwerem Erysipel oder einer anderen ernsten Streptokokkenerkrankung, wenn klinisch Sepsis festzustellen ist, sobald als möglich gemacht, ein ausgezeichnetes (héroique) Resultat geben kann. Der Fixationsabszeß ist in der neuesten Zeit von einigen Autoren wie Sahli (12), Hodel (13) bei Influenza und Grippepneumonien angelegt worden. Sahli erwähnt in seiner Arbeit „Über die Influenza", S. 33, daß er damit Influenza behandelt habe und es gelingen könne, das Virus dadurch zu fixieren. Hodel hat den Fixationsabszeß bei etwa 16 Kranken angewandt. Er injizierte 1—2 ccm ozonisiertes Terpentinöl nicht zu oberflächlich ins subkutane Gewebe des Oberschenkels oder Oberarms bei sehr schweren Grippepneumonien mit ausgedehnten beiderseitigen Pneumonien und schwerem septischen Allgemeinzustand im allgemeinen mit gutem Erfolg; einige Patienten erlagen auch trotz Terpentinöls[1]).

Klingmüller (1) gab nun, da das Muskelgewebe sehr empfindlich gegen Terpentin ist, dieses direkt auf die Knochenfaszie, und zwar 1—2 Querfinger unterhalb der Crista iliaca in der hinteren Axillarlinie und schaltete damit die Entstehung von Abszessen aus.

Wie den meisten neueren Heilverfahren erging es auch den T.-I. Große Begeisterung auf der einen, strikte Ablehnung auf der anderen Seite, so daß man sich verwundert fragt, wie dies bei einem Mittel möglich ist, das in der Hauptsache bei sichtbaren Erkrankungen angewandt wird, bei denen also die Beobachtung und Beurteilung des Wertes oder Unwertes relativ einfacher ist, als z. B. bei inneren Krankheiten. Der Hauptgrund für den ablehnenden Standpunkt scheint der zu sein, daß ein Teil der Autoren zu starke Beschwerden oder sogar Abszesse nach den Injektionen erlebte, so daß sie von weiterer Anwendung des Mittels absahen.

Klingmüller (1) berichtet über gute Wirkung der T.-I. bei jedem frischen Fall von Arthritis gon. und Sehnenscheidenentzündungen. Bei Blennorrhoe der Konjunktiven, bei Entzündungen und Eiterungen, die durch Staphylokokken hervorgerufen werden, ferner bei Impetigo contagiosa, Pityriasis rosea, Lichen ruber, Lupus erythematodes. In einer zweiten Arbeit (14) erweitert er noch die Indikationsbreite. Er teilt hier seine günstigen Erfahrungen bei Komplikationen der Gonorrhoe mit Ausnahme der Posterior mit. Besonders gut beeinflußt wurden einige Fälle von gonorrhoischer Adnexitis. Weiter guter Erfolg bei Furunkulose, Folliculitis barbae, Ekzema impetiginosum, Acne vulgaris, Schweißdrüsenabszessen, Blasen- und Nierenbeckenerkrankungen. Es reagieren gut Skrophuloderm, vereiterte Halsdrüsen; auch beim Lupus vulgaris sei eine gewisse Einwirkung nicht zu verkennen. Auch Trichophytien aller Art reagierten gut.

Klingmüller faßt zusammen, die T.-I. wirken nicht nur bei Krankheiten, die durch Pilze oder Bakterien hervorgerufen werden, sondern auch bei Entzündungen, deren Ursache unbekannt ist.

F. M. Meyer (15) stellt eine sehr gute Einwirkung der T.-I. auf ulzerierte Perniones fest.

Grabisch (16) behandelte Trichophytien ausschließlich mit T.-I., und zwar wendet er 4—6 Injektionen à 0,05—0,1 ccm an. Er empfiehlt sie bei allen Erkrankungen der Haut, die mit entzündlicher Exsudation einhergehen, also akutem Ekzem, Dermatitis, Arzneiexanthemen. Ferner bei gonorrhoischen Komplikationen, Urtikaria, Erythema exsudativum multiforme, Furunkulose, Pyodermien, Zystitis, Pyelitis, Bubonen. Bei letzteren geht die Fluktuation bisweilen zurück.

[1]) Im folgenden wollen wir Terpentinöl kürzen mit T.-Ö. und Terpentinölinjektionen mit T.-I.

Digitized by Google

Fischl-Wien (17) empfiehlt für die erhöhten, teilweise abszedierenden knotigen Trichophytieherde neben Lokalbehandlung mit 15%iger Resorzinpaste und Epitation T.-I., und zwar beginnt er mit 0,25 einer 20%igen Emulsion und steigt nach je 2 Tagen auf 0,5, 0,75 und 1,0 ccm.

„Die Kombination (der Strahlentherapie)", schreibt F. M. Meyer (18), „mit dem gerade bei den Bartflechten so erfolgreich wirkenden Terpentinöl wird sicherlich den Heilungsprozeß beschleunigen" und ferner „jedenfalls steht fest, daß die systematische Durchführung der Strahlenbehandlung bei der tiefen Bartflechte entweder die alleinige Therapie oder vereint mit der Klingmüllerschen T.-I. am ersten dazu berufen ist, diese Krankheit zu heilen und ihrer Ausbreitung einen wirksamen Riegel vorzuschieben."

Sellei (19, 20) nahm eine günstige Beeinflussung oberflächlicher Hauteiterungen durch Terpentin wahr. Impetiginöse Hautausschläge gingen in 1—2 Tagen fast völlig zurück; bei tieferen Hauteiterungen, Pyodermie, Furunkulose war der Effekt weniger deutlich. Bei akutem nässendem Ekzem ist ein schnelles Abtrocknen der erkrankten Hautpartien feststellbar; bei chronischem Ekzem waren die T.-I. bisweilen von guter subjektiver Wirkung, das quälende Jucken ließ am Tage nach der Injektion nach; ferner beeinflußte es das Jucken bei Prurigo und universellem Pruritus gut.

Brölemann (21) nennt die T.-I. ein gutes Hilfsmittel bei Blennorrhoe und ihren Komplikationen. Bei Blasenkatarrh und Nebenhodenentzündung waren sie von sehr gutem Erfolg, bei Prostataerkrankungen waren die Resultate nicht so gut, bei Gelenkerkrankungen unerheblich.

C. A. Hoffmann (22) sah die Bartflechte unter der Behandlung mit T.-I. nicht schneller abheilen als mit anderen Methoden.

H. E. Schmidt (23) wurde bei der Trichophytiebehandlung mit T.-I. gründlich enttäuscht. Von 8 oberflächlichen Trichophytien wurde keine durch 8—10 Injektionen von $^1/_4$—1 ccm der 20%igen Mischung geheilt. Während der Behandlung traten neue Herde auf oder die alten breiteten sich weiter aus. Bei der tiefen Trichophytie hingegen wurde eine gewisse Rückbildung der Knoten in allen Fällen beobachtet, aber niemals Heilung. Günstig beeinflußt wurden anscheinend 5 Fälle von Furunkulose und 2 Schweißdrüsenabszesse der Achselhöhle durch 3—6 Injektionen. Bei 4 Aknefällen war keine deutliche Einwirkung wahrnehmbar. Sycosis simplex, Ekzem, Peliosis und Urtikaria wurden nicht beeinflußt.

Karo (24) wandte eine Kombination von Chinin in Form von $^1/_8$—1%igem Eucupinum basicum mit 20%igem Terpentinöl an. Durch 5—8 Injektionen konnte ein vollkommenes Aufhören des vorher starken Ausflusses bei Blennorrhoe festgestellt werden; in zwei Fällen trat vollkommene Heilung ein, während bei den übrigen die Krankheit aus dem akutesten Stadium ins latente übergeführt wurde. Bei einer großen Anzahl von akuten und chronischen blennorrhoischen Nebenhodenentzündungen konnten ganz auffallend rasche Heilungen beobachtet werden. Weniger beständig ist der Erfolg bei Prostatitis und Spermatozystitis. Bei Blasentuberkulose hörten wenige Stunden nach der Injektion die schmerzhaften Tenesmen auf, der Harn wurde klarer, die Pausen zwischen den Miktionen größer. Karo erzielte einen guten Erfolg bei zwei Fällen von Enuresis, hält diesen aber selbst nur für suggestiv.

Karo (25) teilt dann 1919 seine weiteren Erfahrungen mit Eukupin-Terpentininjektionen mit; er gab diese nun so, daß er 10%iges Terpentinöl mit 1%igem Eukupin in Ol. oliv., und zwar jeden 5. Tag 1 ccm injizierte, und wenn die beiden ersten Injektionen gut vertragen wurden, diese durch 20%ige Konzentrationen ersetzte. Hierbei beobachtete er ganz vereinzelt Fieber bis 38,4° und Schüttelfrost. Er gab bis zu 10 Injektionen. Bei akuter männlicher Gonorrhoe wurden sie zur Unterstützung der lokalen Behandlung gegeben. Er beobachtete auffallend rasches Nachlassen des vorher starken Ausflusses. Niemals traten Komplikationen auf. Auch bei subakuten Fällen war die Beeinflussung günstig, die Behandlungsdauer war im Durchschnitt 20 Tage. Karo glaubt, daß die Behandlungsdauer durch die Terpentin-Eukupineinspritzungen wesentlich abgekürzt und das Auftreten von Komplikationen verhindert wird. Diese Injektionen hält er bei Komplikationen der Gonorrhoe für die Methode der Wahl. Bei 2 schweren gonorrhoischen Zystitiden sah er ohne Lokaltherapie nach der 3. Injektion deutliche subjektive und objektive Besserung, so daß nach kurzer Zeit die örtliche Behandlung einsetzen konnte. 3 Fälle von subakuter hochgradiger Epididymitis wurden allein durch T-Injektionen geheilt. Auch bei weiblicher Gonorrho weill Karo Abkürzung des Verlaufs gesehen haben. 3 Kolizystitiden bei Kindern wurden allein durch die T.-E.-I. in 5 Wochen geheilt. Gute Resultate erzielte er damit ferner bei Zystitis der

Digitized by Google

Prostatiker und Blasentuberkulose. Hier steigerte er die Dosis bis 2,5 ccm der 20%igen Terpentinlösung.

In seiner Arbeit über „Diagnose und Therapie der Gonorrhoe" bestätigt KARO (26) im allgemeinen KLINGMÜLLERS Erfahrung, daß es mit intraglutäalen T.-I. gelinge, den eitrigen Ausfluß bei Gonorrhoe auf ein Minimum zu reduzieren, ihn in einigen Fällen sogar vollkommen zu unterdrücken. Die Kombination mit Eukupin erscheint ihm jedoch aussichtsreicher, obwohl er auch hier niemals radikale Heilung der Gonorrhoe erzielen konnte. Bei der Abortivkur derselben gibt er jeden 3. Tag intraglutäal Terpentin-Eukupin und ist der Ansicht, daß dabei die Zahl der Erfolge gestiegen ist. Er empfiehlt T.-E.-I. prophylaktisch bei unkomplizierter Gonorrhoe zur Vermeidung von Komplikationen. Ganz ausgezeichnete Erfolge erzielte er bei Cowperitis mit T.-E.-I.; es kam hierbei niemals zur Abszedierung.

RUETE (27) gab Terpentinöl bei Bartflechten und Furunkeln zunächst in 10%iger, später in 20%iger Verdünnung mit Ol. arachidis jeden 3.—4. Tag in steigender Dosis von 0,25—3,0 ccm. Nach seinen Erfahrungen ist es zur Bartflechtenbehandlung nicht geeignet. Bei Furunkulosen scheint es in einigen Fällen gute Erfolge zu zeitigen. Er glaubt, daß es vielleicht an Hand eines größeren Materials gelingen könnte, eine richtige Auswahl der zur Terpentinbehandlung geeigneten Fälle zu treffen.

HOLZHÄUSER und WERNER (28) hatten gute Erfolge bei impetiginösen Formen der Hauterkrankungen; sie empfehlen sie aufs wärmste bei Unterschenkelgeschwüren.

F. M. MEYER (15) berichtet über wechselnde Erfolge bei Furunkulose, Ulcera cruris, tiefer Bartflechte.

PÖHLMANN (29) hat tiefe Trichophytien und kokkogene Sykosis mit Ol. tereb. behandelt und erreichte damit fast in allen Fällen teils erhebliche Besserung, teils Heilung.

F. X. MÜLLER (30) schreibt, daß ihn das Mittel bei Trichophytien in keinem Fall im Stich gelassen habe, wenn er auch in einigen Fällen noch zur Lokalbehandlung greifen mußte.

LOEWENFELD und PULAY (31) sahen bei 4 Fällen von Trichophytie deutliche Besserung nach T.-I., bei einer oberflächlichen dagegen keine Änderung.

SCHUBERT (32) wandte die T.-I. in einer Reihe von chirurgischen Erkrankungen wie eitrig-phlegmonösen Prozessen, stark verunreinigten Verletzungen, Appendizitis, Sepsis, ferner bei Unterschenkelgeschwüren, Furunkulose, Folliculitis barbae und Sycosis vulg. an. Sein Urteil lautet dahin, daß dort, wo Erfolge zu verzeichnen waren, diese allein der chirurgischen Behandlung zuzuschreiben waren.

LILIENSTEIN (33) sah bei Trichophytien in keinem Falle eine Abkürzung des Krankheitsverlaufs durch T.-I. Bessere Beeinflussung beobachtete er dagegen bei Furunkulosen, die vorher monatelang mit Arsen, Opsonogen, Autovakzinen vergeblich behandelt worden waren, so daß er bei chronischer Furunkulose das Verfahren in jedem Falle anzuwenden empfiehlt.

PÜRCKHAUERS (34) Erfahrungen gehen dahin, daß die T.-I. keinen Fortschritt in der Gonorrhoebehandlung darstellen.

ZOEPPRITZ (35), der das Klingmüllersche Verfahren bei gonorrhoischen und nichtgonorrhoischen Adnexerkrankungen anwandte, ist mit seinen Erfolgen im allgemeinen sehr zufrieden.

MICHAEL (36) erzielte damit in den meisten Fällen eine rasche Abheilung der großknotigen Formen der tiefen Trichophytien.

APPEL (37), der über 2000 Injektionen gemacht hat, berichtete darüber im Altonaer Ärztlichen Verein. Er wandte eine 20%ige Lösung an. Bei tiefer Trichophytie schmolzen die Knoten rapide ein. Gute Erfolge hatte er ferner bei Furunkulose, Schweißdrüsenabszessen, Pyodermien, Follikulitis, feuchtem Ekzem und Pruritus. In einigen Fällen halte die Wirkung bei letzterem an, in anderen müßten die Injektionen wiederholt werden. Strophulus und Urtikaria gehörten zu den dankbarsten Objekten. Auf Lupus wirke die T.-I. wie Tuberkulin ein. In allen Fällen schwinde die lupöse Entzündung, manchmal auch die Lupusknoten.

WEDERHAKE (38) hatte mit der 20%igen Lösung in Ol. oliv. oder Ol. arachidis bei allgemeiner Staphylokokken- und Streptokokkeninfektion bei chirurgischen Erkrankungen gute Erfahrungen gemacht und ging darauf an die Behandlung von Puerperalfieber heran. Er gab 0,3 Ol. terebinth. intramuskulär, und zwar jeden 5. Tag, außerdem alle 3 Stunden 5 ccm Ol. camphor. forte subkutan, bis Entfieberung eintrat; im ganzen 3 T.-I. Die Wirkung war „frappant". Alle 6 Kranke genasen, obwohl die Prognose derart schlecht war, daß W. sicheren tödlichen Ausgang vor sich sah.

Digitized by Google

Bauereisen (39) berichtete in der Kieler Medizinischen Gesellschaft über seine Erfahrungen mit T.-I. Er gab jeden 4. Tag 0,5—0,1 Terpentin. Bei akuten und chronischen Diarrhöen sah er keine deutliche Einwirkung, „eklatante" Erfolge dagegen bei einer Reihe von akuten, subakuten und chronischen pelveo-peritonitischen Beckentumoren post abort., post part. und im Anschluß an aszendierende Gonorrhoe; bei einigen der letztgenannten Fälle trat eine Exazerbation ein, so daß chirurgische Behandlung einsetzen mußte.

Wenn man diese Veröffentlichungen überschaut, so fällt auf, daß die Klingmüllerschen Terpentininjektionen in der Dermatologie hauptsächlich bei Trichophytien angewandt wurden; in zweiter Reihe wurden sie nachgeprüft bei der Gonorrhoe und ihren Komplikationen, von wenigen Autoren wurden Untersuchungen der Wirkung der T.-I. bei anderen Hauterkrankungen angestellt.

Wir selbst behandelten damit im ganzen 81 Fälle, und zwar:

Ekzem	14
Arzneiexanthem	2
Exanthema ex ingestis	1
Trichophytien	5
Kerion Celsi	1
Ulcus cruris	3
Narben von Ulcera cruris	2
Sycosis vulg.	1
Furunkulose	2
Impetigo contagiosa	1
Pyodermien	5
Prurigo	1
Mastitis	2
Ulcera mollia-Bubo	18
Ulcus mixte-Bubo	1
Wunde nach Buboinzision	2
Epididymitis gon.	5
Gonorrh. post.	7
Prostatitis acut.	2
Prostatitis chron.	3
Arthritis gon. chron.	2
Arthritis gon. acut.	1

Wir machten die Injektionen nach Klingmüllers Vorschrift unter aseptischen Kautelen auf die Knochenfaszie und gaben es in 10% iger, gelegentlich 20% iger Konzentration in Ol. oliv. Wir begannen mit 0,025 bei Kindern und steigerten bis 0,075; bei Erwachsenen anfangs mit 0,05 und steigerten bis 0,1 bzw. 0,15; in letzter Zeit geben wir bei Erwachsenen stets 0,1 ccm Ol. terebinth, d. h. also 1 ccm der 10% igen Mischung. In keinem Falle traten bei Anwendung eines einwandfreien Präparates irgendwie erheblichere Schmerzen oder gar Abszesse und Fieber auf, meistens waren die Injektionen vollkommen schmerzlos. Um die Crista iliaca bei fetteren Personen sich deutlich sicht- bzw. tastbar zu machen, ist es von Vorteil, die Injektionen nicht am liegenden Patienten vorzunehmen, sondern denselben am

Digitized by Google

Tischrand sich vornüberbeugen zu lassen, und zwar derart, daß man ihn sich mit den ausgestreckten Armen auf den Tisch aufstützen läßt. Ist das Fettpolster sehr stark, so gehe man bis etwa zur mittleren Axillarlinie, hier kommt man viel leichter auf den Knochen. Daß man, nachdem man die Kanüle eingestochen hat, noch einige Augenblicke wartet, ob eventuell Blut aus derselben hervorquillt, ist selbstverständlich, um die Emboliegefahr zu vermeiden. Ein Vorwärtsbewegen oder Zurückziehen der Kanüle bei der Injektion erübrigt sich, da bei der Anwendung der 10% igen Emulsion und den obenerwähnten Vorsichtsmaßregeln niemals irgendwie nennenswerte Schmerzen auftreten.

Eiweiß trat niemals im Urin auf.

Einige Autoren beobachteten bei den T.-I. zum Teil sehr unangenehme Nebenerscheinungen; so schreibt Pöhlmann (29), er habe von der 20%igen Lösung 0,5—1,5 ccm intraglutäal, und zwar 3—5 Injektionen gegeben, über diese Zahl sei er nicht gegangen, da die Injektionen entweder zu schlecht vertragen oder von den Patienten verweigert wurden. An den Injektionsstellen seien stets sehr druckempfindliche Infiltrate aufgetreten, die das Gehen, nicht selten auch das Liegen unmöglich machten. Alle Patienten klagten über Unwohlgefühl, Mattigkeit und Kopfschmerzen. Häufig sei Fieber bis 38° und wenig höher aufgetreten. Dieses und Appetitlosigkeit habe die Kranken schwer heruntergebracht. Im Urin seien vereinzelt Spuren Eiweiß nachweisbar gewesen. Die Injektionen nach Klingmüller auf die Beckenschaufel seien eher noch schmerzhafter gewesen, auch bei Herabsetzung der Dosis auf 0,25 ccm; und so kommt er zu dem Schlusse: „Es ist bedauerlich, daß diese zweifellos sehr wirksame Methode, wenigstens in ihrer jetzigen Gestalt, zur Behandlung der Bartflechte nicht empfohlen werden kann."

Auch Sellei (19) beobachtete Temperaturerhöhungen, manchmal auch wesentliche Schmerzen nach den Injektionen.

Brölemann (21) fügte dem Terpentinöl 2% Zykloform zu, um die Schmerzhaftigkeit der Einspritzungen zu verringern.

In einer späteren Veröffentlichung erwähnt Sellei (20), daß die große Schmerzhaftigkeit der Injektionen bei Einhaltung der Klingmüllerschen Vorschrift wesentlich verringert werde, daß aber auch dabei gelegentlich Fälle beobachtet wurden, bei denen sich Schmerzhaftigkeit und Fieber nicht vermeiden ließen.

Meyer (15) beobachtete Fieber erst bei höherer Konzentration (40%).

Holzhäuser und Werner (28) warnen direkt vor Terpentinölinjektionen bei Krankheiten, die durch Streptokokken hervorgerufen werden, da sich Abszesse mit Streptokokken bildeten.

Lilienstein (33) sah nach 20%iger T.-I. Schwellung an der Injektionsstelle, Schwäche und Lähmungsgefühl in dem betreffenden Bein und Fieber, das zum Abbruch der Behandlungsmethode führte.

Der Etappenarzt der Et.-Komm. 28 (41) stellt fest, daß die Injektionen ausnahmslos schlecht vertragen wurden. Alle Kranken klagten über Kopfschmerzen, starke Mattigkeit und Beschwerden an der Injektionsstelle, die sich häufig bis zur Gehunfähigkeit steigerten. Temperaturen bis 38° und darüber wurden beobachtet. Es bildete sich stets ein druckempfindliches Infiltrat mit Rötung und Schwellung der entsprechenden Gesäßhälfte. Er glaubt, daß die Behandlungsmethode wegen der erheblichen Reaktionserscheinungen kaum durchführbar sei.

Zoepfritz (35) beobachtete höheres Fieber, einmal sogar einen Schüttelfrost nach der Injektion.

Schubert (32) sah geringe Temperatursteigerungen in 4 Fällen, nur einmal wurde 38° erreicht. Spuren Eiweiß wurden 5 mal festgestellt, diese traten etwa 6 Stunden nach der Injektion auf, um nach Ablauf des ersten Tages wieder zu verschwinden.

Karo (24) sah bei den nach den Angaben von Klingmüller ausgeführten T.-I. vorübergehende lokale Infiltrate und Temperatursteigerungen bis 39,8°. Um diese unangenehmen Nebenerscheinungen auszuschalten, wandte er eine Mischung von ½ bis 1%igem Eukupinöl — ein Chininpräparat Eucupinum basicum — mit 20%igem Terpentinöl an. Hierbei traten niemals Infiltrate oder Fieberreaktionen auf.

Digitized by Google

Durch Kontrollversuche ist Karo (40) nun aber zu der Überzeugung gekommen, daß die erwähnten unangenehmen Nebenerscheinungen nicht durch das Terpentinöl als solches, sondern durch Verunreinigungen desselben hervorgerufen werden. Auf diesen Gedanken wurde er dadurch gebracht, daß er die Nebenerscheinungen bei einer Sorte Terpentinöl durch Eukupin nicht auszuschalten vermochte. Chemische Versuche ergaben, daß nur ein völlig gereinigtes und säurefreies Öl, das keine monozyklischen Terpenkohlenwasserstoffe enthält, frei von Nebenwirkungen ist. Karo läßt ein solches gereinigtes Terpentin mit Chininzusatz unter dem Namen „Terpichin" herstellen. — Wir haben auch dieses Präparat in einer Reihe von Fällen injiziert und haben etwa dieselben Resultate wie mit Terpentinöl erzielt, so daß wir auf unsere Erfahrungen mit letzterem hinweisen können.

Dieser Ansicht Karos, daß eventuelle unangenehme Nebenerscheinungen nicht dem Terpentinöl, sondern Verunreinigungen desselben zur Last zu legen sind, müssen wir nach unseren eigenen Erfahrungen beipflichten. Nachdem wir nämlich im Verlauf des letzten Halbjahres Hunderte von Injektionen gemacht hatten, die anstandslos vertragen wurden, wo auch nicht die geringsten unangenehmen Nebenerscheinungen auftraten, erlebten wir, als wir gezwungen waren, das Terpentinöl aus einer anderen Apotheke zu beziehen, da diese nach Ablauf des Vierteljahres die Lieferung hatte, eine sehr unangenehme Überraschung. Bei sämtlichen 5 Patienten, die mit diesem Präparat gespritzt wurden, traten unter hohem Fieber bis fast 40° und heftigen Schmerzen sehr druckempfindliche Infiltrate auf, die nach einigen Tagen deutliche Fluktuation zeigten. 3 von diesen Abszessen mußten eröffnet werden. Es entleerten sich reichliche Mengen einer gelbbraunen, dickflüssigen Masse, die nach Terpentinöl roch, auf derselben sah man feine Fetttröpfchen schwimmen. In den nächsten Tagen erschien nekrotisches Gewebe im Eiter. Mikroskopisch fielen in allen Abszessen zahlreiche große und kleine Lymphozyten auf. Bakterien waren in dem einen Falle — es handelte sich um einen Patienten mit gonorrhoischer Epididymitis —, der sofort nach der Inzision untersucht wurde, weder mikroskopisch noch kulturell nachzuweisen. Weiter fiel auf, daß die Abszesse nach der Inzision trotz ihrer Größe — bis zu Gänseeigröße — innerhalb weniger Tage, in der Regel einer Woche, abheilten. Es traten sehr schnell kräftige Granulationen auf, die die Abszeßhöhle bald ausfüllten.

Fassen wir nun unsere Erfahrungen bei den einzelnen Krankheiten, die wir mit T.-I. behandelt haben, zusammen, so sahen wir folgendes:

Schmerzen und Spannungsgefühl bei tiefer Bartflechte lassen immer schon nach der ersten Injektion nach, um nach weiteren ganz aufzuhören. Die Infiltrate kommen hier beträchtlich rascher zur Resorption als ohne T.-I., besonders die flachen, weit über das ganze Gesicht ausgebreiteten. Gerade hier hört man die Patienten besonders loben, daß das unangenehme Spannen, das mitunter das Sprechen und Kauen erschwert, bald nachläßt. Bei großen, bereits in Erweichung begriffenen Knoten läßt sich die Inzision nicht vermeiden, da die Abszesse sonst

Digitized by Google

nicht zur Aufsaugung kommen; aber auch in diesem Falle zeigt sich dann die beschleunigende, resorptive Wirkung der T.-I.

Bei der oberflächlichen Trichophytie sehen wir ein rascheres Abklingen der Entzündungserscheinungen, dagegen niemals, wie auch bei der tiefen Form, Heilung ohne Lokalbehandlung. Die Behandlungsdauer wird jedoch durch die kombinierte Therapie ganz besonders bei den Formen, die mit oberflächlichen und speziell tiefen Infiltraten einhergehen, entschieden abgekürzt.

Bei Bubonen, die keine Neigung zu eitriger Einschmelzung zeigen, bewähren sich die T.-I. ganz ausgezeichnet. Schmerzen und Spannungsgefühl werden gewöhnlich schon wenige Stunden nach der ersten Injektion geringer, um bald ganz aufzuhören. Die beginnende Rückbildung der Bubonen beobachtet man in der Regel nach 24 bis 48 Stunden. Im allgemeinen genügen 3—4 Injektionen, um eine vollkommene Restitutio ad integrum zu erzielen. Es erübrigt sich dabei jede lokale Behandlung, wie etwa antiphlogistische Maßnahmen, Pinselungen, Alkoholdunstverband usw. Es genügt vollkommen, dem Patienten Bettruhe zu verordnen.

Zeigt sich geringe Erweichung des Bubo, so braucht man noch nicht gleich an die chirurgische Behandlung desselben heranzugehen, sondern man versucht — und das gelingt recht oft — durch weitere T.-I. Rückbildung zu erzeugen. Wenn diese aber nicht bald eintritt, sondern die Erweichung zunimmt, so ist es besser, durch eine kleine Stichinzision oder Punktion den Eiter zu entfernen, gleichzeitig aber weiter mit Terpentinöl zu behandeln. Während wir früher in diesen Fällen noch breite Eröffnungen des Abszesses vornahmen, erlebten wir häufig Taschenbildungen, die dann weitere chirurgische Eingriffe erforderlich machten und längere Zeit zur Heilung brauchten. In letzter Zeit dagegen haben wir mit den kleinen Stichinzisionen oder Punktionen bei kombinierter Terpentinölbehandlung ausgezeichnete Erfolge: vollkommene Rückbildung in kurzer Zeit und kaum sichtbare Narben. Wir vermeiden damit auch die Gefahr der Verödung größerer Lymphgebiete mit ihren Folgeerscheinungen.

In den Fällen, bei denen große Inzisionen gemacht wurden und bei denen sich im weiteren Verlauf schlechte Heilungstendenz der Wunde zeigte, erzielten wir kräftige Granulationsbildung und damit rasche Ausfüllung der Wundhöhle durch T.-I.

Gleich günstig sind unsere Erfahrungen bei Bubonen, die bereits perforiert in unsere Behandlung kommen; hier erweist es sich am vorteilhaftesten, die Taschen freizulegen und durch T.-I. Granulationsbildung anzuregen. Lokal: Verband mit Jodoform. So heilen auch diese Bubonen sehr rasch ab.

Ulcera mollia heilen rascher unter T.-I. und Lokaltherapie ab, als wenn sie nur lokal behandelt werden.

Bei Ulcus cruris sehen wir gleichfalls rasches Wuchern der Granulationen und damit Abflachung und Verkleinerung der Wunden. Es gelang uns bisweilen in kurzer Zeit, oft wenigen Tagen, das Ulkus ins Niveau der Umgebung zu bringen, jedoch nicht zum Epithelisieren.

Digitized by Google

Um das häufige Rezidivieren der alten Unterschenkelgeschwüre, die sich im Bereich derben, blauroten Narbengewebes befinden, zu vermeiden, versuchten wir nach A. Sommers Vorgang folgendes Verfahren. Wir setzten nach Abheilen des Geschwürs durch Quarzlampe — Bestrahlung 2—3 Minuten mit kräftigem Druck anliegend — eine Entzündung des derben Narbengewebes und gaben am darauffolgenden Tage 0,1 Ol. terebinth. zur Resorption des entzündlichen Exsudats. Schon einige Tage nach dieser Behandlung gaben die Kranken an, besser gehen zu können und weniger Schmerzen zu haben; weiter sehen wir ein Weicherwerden, Sichauflockern des vorher harten Narbengewebes, und setzten damit bessere Zirkulationsverhältnisse.

An die Behandlung der Mastitis gingen wir in ähnlicher Weise, wie an die abszedierender Bubonen heran, und zwar so, daß wir, sobald Fluktuation auftrat, eine kleine Stichinzision machten und durch T.-I. die sonstigen entzündlichen Erscheinungen zum Schwinden brachten. Dieses Verfahren erscheint uns gegen das früher geübte mit breiter Inzision und Saugbehandlung insofern von Vorteil zu sein, daß es wenig oder gar nicht schmerzhaft und die Behandlungsdauer eine weit kürzere ist.

Auch Schweißdrüsenabszesse reagieren gut auf diese Methode.

Ein dankbares Objekt für die T.-I. bietet ein großer Teil der Ekzeme verschiedenster Ätiologie. Wir behandelten damit seborrhoische, dyshydrotische, nässende und andere mehr, ganz gleich, ob sie an den Händen, den Füßen, den Brustwarzen oder sonst am Körper auftraten, mit gutem Erfolg und sind der Ansicht, daß die Behandlungsdauer eine bedeutend kürzere ist, als ohne T.-I. Ganz auffallend war die Wirkung der Injektionen bei einer Reihe vesikulöser, bullöser Ekzeme, bei denen die Blasenbildung bereits nach 1—2 Einspritzungen aufhörte, die ganzen nässenden Flächen trocken wurden. Auch der Juckreiz hörte meist prompt nach der ersten Einspritzung auf. Manche Ekzeme waren schon nach 5 Tagen abgeheilt auch ohne jede Lokalbehandlung.

Von diesen ist der schönste Fall der Patient L. F., der seit 11 Jahren an Händen und Füßen — er leidet an Hyperhydrosis — Ekzeme in der warmen Jahreszeit bekam und Jahr für Jahr längere Zeit, bis zu einem Vierteljahr, arbeitsunfähig war, da die Behandlung solange dauerte. Auch dieses Jahr war er fast 3 Monate wegen desselben Leidens in fachärztlicher Behandlung und kam schließlich ins Krankenhaus. Beide Hände und der rechte Fuß waren mit zahlreichen Blasen bedeckt, die Haut z. T. im ganzen abgehoben und mit Geschwüren bedeckt. Nach 12 Tagen — er bekam 3 Injektionen à 0,1 Ol. terebinth — war das Ekzem vollkommen geheilt. Lokal wurde nur Zinktalkumpuderung bzw. indifferente Paste angewandt.

Besonders beweisend erscheint uns auch Patientin C. K. Vesikulöses Ekzem des Gesichts, der Hände und Arme nach „Persil". Patientin war bereits fast 5 Wochen lang im Krankenhaus mit allerhand Pasten usw. mit geringem Erfolg behandelt. Sie erhielt dann 0,1 Ol. terebinth. und war ohne Lokalbehandlung in einer Woche geheilt.

Bei den infiltrierenden Formen schwinden die Infiltrate gewöhnlich schon nach einer Injektion. Gut reagierten auch Anal- und Vulvaekzeme. Einen besonders ausgezeichneten Erfolg hatten wir bei einem solchen, bei dem außerdem ein weit ausgebreitetes nässendes Ekzem am Unterleib und den Oberschenkeln bestand; es handelte sich um eine Patientin mit Diabetes mellitus. Diese Frau hatte seit Wochen wegen des starken Juckreizes nicht geschlafen. Nach der ersten Injektion von 0,1 Ol. terebinth. gab sie an, zum erstenmal gut geschlafen zu haben, da der Juckreiz nachgelassen habe. Wenn dieser Fall auch durch die T.-I. allein nicht geheilt wurde, so

Digitized by Google

wurde er doch sehr rasch soweit gebessert — das Nässen hörte auf, die Infiltrate gingen zurück —, so daß Lokalbehandlung mit Röntgenbestrahlung einsetzen konnte.

Pyodermien bei Erwachsenen wurden gut beeinflußt und heilten rasch unter T.-I. ab, dagegen hatten wir im allgemeinen keine Einwirkung auf die Pyodermien der Kinder. Der Unterschied der Wirkung erklärt sich vielleicht dadurch, daß die Kinder sich immer wieder scheuerten und kratzten und wohl deshalb einer schnellen Heilung hindernd in den Weg traten. Gelegentlich sahen wir allerdings auch bei Kindern prompte Wirkung.

Auf Furunkulose und Furunkel sind die T.-I. von guter Einwirkung, die Rückbildung der kleinen harten Knoten erfolgt sehr rasch, abszedierende eröffne man durch Stichinzision, dann sind auch diese in einigen Tagen abgeheilt.

Die Sycosis vulgaris reagiert gut auf T.-I.

Prurigo konnten wir durch 2 Injektionen zur Abheilung bringen, jedoch rezidivierte sie nach mehreren Wochen. Über den weiteren Verlauf können wir nichts sagen, da die Patientin das Krankenhaus verließ.

Wenn wir unsere Erfahrungen bei der männlichen Gonorrhoe und ihren Komplikationen zusammenfassen, so können wir sagen, daß die Methode den Verlauf derselben abkürzt. Bei der reinen Anterior wird der Ausfluß rasch geringer und dünner, mikroskopisch sieht man weniger Leukozyten, die Gonokokken selbst werden nicht beeinflußt, Lokalbehandlung erübrigt sich daher nicht. Bei der Posterior wird der zweite Urin rascher klar, als bei den Fällen, die nur lokal behandelt werden. Die Gesamtbehandlungsdauer einschließlich Aussetzen und fünftägiger Kontrolle des Urins und Ausflusses nach Provokation mit Arthigon und Kollmann dauerte durchschnittlich 4 Wochen bei der Posterior. Die chronische Prostatitis wird durch T.-I. nicht beeinflußt, jedenfalls durchaus nicht in dem Maße wie durch Arthigon. Die akute Prostatitis dagegen und vor allem die Epididymitis reagieren prompt auf Terpentinöl. Bei der Epididymitis gehen die Schmerzen rasch zurück, gewöhnlich innerhalb weniger Stunden, um bald ganz aufzuhören; die entzündlichen Erscheinungen, besonders die Schwellung nimmt beträchtlich im Verlauf von 24—48 Stunden ab, nach 3—4 Injektionen ist bis auf ein geringes Infiltrat im Nebenhoden alles zurückgegangen.

Die Arthritis gonorrhoica wird, sobald sie längere Zeit, wie in unseren Fällen, mehrere Monate besteht, nicht beeinflußt, dagegen sind die Injektionen bei akutem gonorrhoischen Gelenkrheumatismus von raschem Erfolg begleitet.

Kommen wir nun zur Wirkungsweise der T.-I.

Das Terpentinöl ist das Destillat des aus verschiedenen Koniferen gewonnenen Terpentinharzes. Es ist ein Gemisch von Pinen $C_{10}H_{16}$ mit kleinen Mengen anderer Terpene und mit Spuren von Ameisen- und Essigsäure. Durch Destillieren über Kalk wird das Ol. terebinth. rectificatum gewonnen.

Um zunächst festzustellen, ob überhaupt das Terpentinöl der wirksame Faktor ist, oder nicht vielmehr das als Vehikel benutzte Ol. oliv., gaben wir es in 2 Fällen von Bubonen, bei denen man die Wirkung der Klingmüllerschen Injektionen am besten beobachten kann, und zwar in derselben Menge wie bei diesen, nämlich 1,0 ccm pro Injektion. Die Bubonen verkleinerten sich nicht, sie nahmen vielmehr an Größe zu, während die darauffolgende Terpentininjektion von prompter Wirkung war, so daß wir also berechtigt sind, zu behaupten, daß das Terpentinöl die wirksame Komponente darstellt. Auch Winternitz (42) hat experimentell erwiesen, daß Olivenöl in den als Vehikel verwandten Dosen von 5 ccm bei subkutaner Anwendung bei Hunden indifferent ist — es macht keine Leukozytose wie Terpentinöl.

Nach H. Schulz (43) soll schon das Einatmen von Terpentindämpfen deutliche Hirnerscheinungen wie Schwindel, Betäubung, Gleichgewichtsstörungen auslösen, noch deutlicher ist die Wirkung auf das Rückenmark,

Digitized by Google

allgemeine Mattigkeit und Schlaffheit, die sich bis zur Arbeitsunfähigkeit steigern können. Ferner wirkt es erregend auf das Gehirn, so daß Schlaflosigkeit zustande kommt. Schulz weist darauf hin, daß das Terpentinöl an einem Locus minoris resistentiae angreifen zu können scheint. Er teilt einen Fall von Marchal de Calvi mit: bei einer Rekonvaleszentin nach Gelenkrheumatismus traten, als sie eine Nacht in einem frischgestrichenen Zimmer geschlafen hatte, wieder Gelenkschmerzen auf. Schulz berichtet über eine ähnliche eigene Beobachtung. Bei internem Gebrauch ruft das Terpentinöl Aufstoßen, Magenschmerzen, die nach dem Essen stärker werden, gelegentlich Erbrechen und Stuhlverstopfung hervor. Eiweiß trat dabei nur in einem Falle auf, und zwar bei einer Person, die früher an Nephritis gelitten hatte. In 2 Fällen entstand bei der internen Gabe von 0,1 % iger Terpentinlösung Akne, bei dem einen Falle nur auf der Stirn, bei dem anderen griff sie auf Kinn, Hals und Oberschenkel über und hier bestand gleichzeitig auf der Innenseite Juckreiz. Bei stärkerer Konzentration des Mittels bildeten sich keine Hauterscheinungen.

Die Wirkungsweise des Terpentinöls bei subkutaner Injektion hat Bauer (44) experimentell am Kaninchen untersucht. Er fand eine halbe bis eine Stunde nach der Injektion eine Zunahme der Leukozyten um das Doppelte bis Dreifache. Diese Leukozytose hielt 10—24 Stunden an. Es wird damit die in der Literatur zu findende Angabe über die unmittelbare Leukozytose erregende Wirkung der subkutanen T.-I. bestätigt. Bei diesen Versuchen zeigte sich auch die geringe Toxizität des Terpentinöls. Er gab gewöhnlich 0,2 ccm pro kg Tier. Diese Dosis war niemals tödlich und rief keine sehr schweren Intoxikationserscheinungen hervor. Dieser unmittelbaren Leukozytose folgt nach Bauers Untersuchungen in den Fällen, in denen das Terpentinöl Entzündung hervorruft, eine erneute Zunahme der Leukozyten gewöhnlich um das Dreifache, nachdem sie vorher zur Norm zurückgekehrt waren.

Auch Winternitz (42) hat unter anderem die Wirkung der subkutanen T.-I. auf das Blutbild untersucht, und zwar bei Hunden, und hier gefunden, daß kleine Mengen von $^1/_4$—$^1/_2$ ccm starke Vermehrung der Leukozyten, größere Mengen (2—3 ccm) dagegen eine beträchtliche und recht lang anhaltende Verminderung der Leukozyten macht.

In seinen Untersuchungen am Menschen, bei denen er Abszesse mit Terpentinöl anlegte — es handelte sich um Schwerkranke, Pneumonie-, Erysipel- und Typhusfälle —, fand Bauer (45) nur in einigen Fällen Leukozytose. Er glaubt, daß die hier im Vergleich zum Tierversuch so wenig prägnante Wirkung darauf zurückzuführen ist, daß bei Menschen relativ viel geringere Mengen Terpentinöl, nämlich 1,0 bis 2,0 ccm, beim Kaninchen dagegen 0,3—0,5 ccm bei einem Körpergewicht von $1^1/_2$—2 kg gegeben wurden, und die Injektionen ferner bei gesunden Kaninchen, dagegen hier bei schwerkranken Menschen speziell Pneumonikern, bei denen schon vorher eine mehr oder weniger starke Leukozytose bestand, gemacht wurden. Er kommt zu dem Schlusse, daß Terpentinabszesse Leukozytose hervorrufen.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona.

Sitzung vom 18. April 1920.

Originalbericht von C. Bruck, Schriftführer.

Zu der 7. Sitzung der Gesellschaft hatte Wichmann in die von ihm in mustergültiger Weise geleitete Hamburger Lupusheilstätte eingeladen.

Wichmann übergibt den Ehrenvorsitz an Unna sen. und demonstriert:

1. **Angiolupoid,** bei einer 40jähr. Frau zu beiden Seiten der Nasenwurzel, an den unteren Augenlidern und der Schläfengegend entwickelt. Histologisch polyzyklische Herde von tuberkuloidem Bau.

2. **Multiple Thrombosen** in den **Unterschenkelvenen** mit Entwicklung von **tuberkulösem** Gewebe bei 42jähr. Frau mit offener Lungentuberkulose.

3. **Thrombophlebitis luetica** bei 45jähr. Frau.

4. **Mal perforant** bei 50jähr. Frau und 36jähr. Arbeiter.

5. **Carcinoma cutis** bei 52jähr. Frau am Unterschenkel (nur histologisch diagnostizierbar).

6. **Zungentuberkulose** bei 28jähr. Mädchen mit aszendierender Lungentuberkulose. **Konjunktivaltuberkulose,** bei 40jähr. Frau von Nasenschleimhauttuberkulose aus entstanden. **Tuberkulose der Mundschleimhaut,** durch Übergreifen des Gesichtslupus aus entstanden bei 24jähr. Mädchen.

7. **Skrofulöses Ekzem** mit Übergang in Lupus bei 12jähr. Mädchen.

8. Drei Fälle von **Lupus** der Nasenschleimhaut und äußeren Nase, durch Radium seit Jahren geheilt.

9. **Knochentuberkulose** der rechten Hand mit anschließender Hauttuberkulose, geheilt durch Amputation, Lappenverschiebung und Wärmestrahlen. Geheilter **Lupus erythematodes** der Nase durch operative Behandlung (Abschälung) bei 42jähr. Frau.

10. **Lupus tumidus** der Unterlippe, geheilt seit Jahren durch Röntgenbestrahlung bei 40jähr. Frau.

11. Drei ausgedehnte **Lupusfälle** am Halse seit Jahren geheilt durch kombinierte Lichtbehandlung.

12. Ausgedehntes **Skrofuloderm** an Gesicht, Hals und Brust, mit Tuberkulose des Sternums einhergehend. Geheilt durch Operation und Lichtbehandlung.

Delbanco demonstriert:

Ein 7jähr. Mädchen mit **Dermatitis herpetiformis.** Pat. erkrankte Januar d. J. mit drei Geschwistern an **Skarlatina.** In der 4. Woche bei Fehlen der Häutung — die Geschwister häuteten — erster Schub des Duhring unter Fieber. D. wurde beim 3. Schub beigezogen. Starke Schmerzen. Fieber. Figurierte erythematöse Plaques mit Blasen bis Hühnereigröße, Blasen auch auf unveränderter Haut. Eosinophilie. Zwischen den Schüben gutes Allgemeinbefinden. Innerlich Suprarenin beim Anfall scheinbar von Einfluß.

Plaut betont, daß auch ein Erythema scarlatiniforme bullosum, wie es gerade im Anschluß an sehr leichte Skarlatinafälle beobachtet wird, in Betracht kommen könne, und schlägt zur Differentialdiagnose das Aussparungsphänomen vor. Hahn empfiehlt Pondorf-Impfungen und Aurokantan in Kombination mit Röntgen und Höhensonne.

Brinitzer stellt vor:

1. Zwei Fälle von **Epidermolysis bullosa hereditaria** (Vater und Sohn). Die Erblichkeit läßt sich durch vier Generationen verfolgen (vgl. Zweig, Arch. f. Derm., Bd. 125, H. 1). Klinisch ähneln die Fälle der Dermatitis herpetiformis Duhring; auffallend ist, daß die Stellen der stärksten mechanischen Reibung (Hals) fast frei von Blasen oder Narben sind.

2. Eine **Melanose** bei einem 28jähr. Mann, seit $^1/_4$ Jahr bestehend, an den seitlichen Rumpfpartien, von unbekannter Ätiologie.

3. **Variolaartige Narben** im Gesicht, die nach Abheilung von tertiär-luetischen Erscheinungen, die fünf Jahre lang unbehandelt bestanden hatten, zurückgeblieben sind.

4. Einen Knaben mit **Dermatitis herpetiformis.**

Bruck erinnert an die schon mehrfach beschriebenen Fälle, in denen sich allmählich eine Epidermolysis aus Dermatitis herpetif. entwickelt hat, und fragt, ob in vorliegendem Falle eine Schilddrüsenanomalie feststellbar sei, was von Brinitzer verneint wird.

Digitized by Google

Unna sen. möchte sich der Diagnose Epidermolysis nicht ohne weiteres anschließen. Antoni vermißt die Lokalisation gerade an solchen Stellen, die besonders traumatischen Insulten ausgesetzt sind.

Lilienstein demonstriert:

1. 27jähr. Mann mit ausgebreiteter **Acne cheloidea.**

2. 10jähr. Knaben, seit fünf Jahren an **Pemphigus vulgaris** leidend. Durch Aolaninjektionen erhebliche Besserung, die schon $^1/_4$ Jahr anhält. Es kommt jetzt nur mehr zu Exkoriationen und urtikariellen Schüben.

3. 38jähr. Frau, seit 13 Jahren an **Dermatitis herpetiformis** erkrankt, nach Aolan Anfälle milder verlaufend und seltener auftretend. Nachtruhe jetzt ungestört.

4. **Fall zur Diagnose:** 35jähr. Frau. Mit drei Jahren Beginn der jetzigen Erkrankung. Scharf begrenzte Infiltrate von roter Farbe, welche in Schmetterlingsform Nase, Wangen und Oberlippen befallen haben. Daneben Atrophien, Pigmentierungen und Depigmentationen. Auch Stamm und Extremitäten sind mit Narben und Pigmentierungen übersät. An den Beinen derbe, knotige, mit Pusteln besetzte Infiltrate, verschwindend und unter lebhaften subjektiven Beschwerden exazerbierend. Wahrscheinlich Lupus erythematodes.

Unna sen. vermutet kallöses Ekzem.

5. **Fall zur Diagnose:** 58jähr. Frau mit netzförmiger Pigmentierung des Gesichts und der Vorderarme. Außerdem diffuse, bläulich-schiefrige Verfärbung der Axillargruben, Leistenbeugen und Genitalien. Um den Hals in Höhe der Thoraxapertur ein Kranz von Knötchen vom Charakter des Lichen ruber planus (von Arning mikroskopisch als Lichen ruber bestätigt). Beginn der Erkrankung vor drei Jahren. Subjektiv Gefühl von Sprödigkeit der Haut. In der Diskussion wird eine Lichtschädigung als auslösender Faktor der Erkrankung angenommen.

Arning erinnert an Pellagraerscheinungen.

Brinitzer: Eigenartiger Fall von **follikulärer Atrophie** mit Komedonenbildung und Pigmentierung an der Schläfengegend. Ursache unbekannt.

Philippson bespricht die ätiologische Bedeutung verdampfender Öle.

Arning erinnert an die Hutlederaffektion.

Unna sen. sieht Ähnlichkeit mit dem von ihm beschriebenen Erythema acneiforme.

Karl Unna hebt hervor, daß auch in der amerikanischen Literatur ähnliche Fälle beschrieben sind und sieht in dem Fall ein Analogon zu dem in der ersten Sitzung von Arning demonstrierten.

E. Richter: Zwei Fälle von **Skrofuloderm,** mit Aolan- und Ponndorfimpfungen erfolgreich behandelt.

Albanus: **Über den Zusammenhang innerer und äußerer Nasenerkrankung.** Vorstellung mehrerer Fälle, die den Einfluß von Erkrankungen des knöchernen und knorpligen Nasengerüstes auf die äußere Nasenform zeigen; dabei wird betont, daß sämtliche durch Lues bedingte Nasenveränderungen (Sattelnase, Lorgnettennase) durch entsprechende Lokalisationen der Tuberkulose am knöchernen und knorpligen Nasenseptum verursacht werden können. Tuberkulome des Septums bei Kindern bedingen oft eine klobige, seitliche Auftreibung der Nase. Auf den Wert der Untersuchung der Nasentasche (mit dem Nasenspiegel nach Gerber) wird hingewiesen: skrofulöses Ekzem im Vestibulum, initiale Lupusknötchen in der Nasentasche oder seitlichen Nasenwand. Einseitige Ekzeme im Vestibulum narium erregen immer den Verdacht von Nebenhöhleneiterungen.

v. d. Porten: **Typus humanus und bovinus.** Zurzeit beansprucht die Frage, ob die Lupusinfektion durch den Bazillus humanen oder bovinen Typs erzeugt wird, wieder lebhafteres Interesse bzw. in welchem Verhältnis die Zahl der Infektionen humanen Typs zu den bovinen steht. Auf der letzten Tagung des Lupusausschusses ist bekannt gegeben worden, daß das Reichsgesundheitsamt Erhebungen dieser Art beabsichtige. Daß der Typus bovinus beim Menschen eine Hauttuberkulose hervorzurufen vermag, ist unumstößliche Tatsache. Wichmann hat vor zwölf Jahren sämtliche Beamte des Hamburger Schlachthofs untersucht; unter den mit tuberkulösen Tieren in Berührung gekommenen hatten 4% Hauttuberkulose an Händen oder Armen, 6% verdächtige Erscheinungen. Die anderen Beamten waren frei. Immerhin handelt es sich bei all den Infektionen vom Rinde um Tuberculosis verrucosa cutis. Für den Lupus ist diese Frage bisher in sehr geringem Maße bearbeitet worden, so daß selbst Koch nur die Möglichkeit in Erwägung zog, ob beim Lupus der Perlsuchtbazillus eine Rolle spielen könnte. Die Lupusheilstätte hat vor dem Kriege mit dem Reichsgesundheitsamt diesbezügliche Untersuchung

Digitized by Google

angeregt und demselben Exzisionsmaterial von 47 Hautlupusfällen zugesandt. Durch die Kriegsverhältnisse sind die Arbeiten ins Stocken geraten. Unter 25 untersuchten Fällen verliefen 16 ohne Ergebnis; teils starben die Versuchstiere an Seuchen, teils an Mischinfektionen, teils trat eine tuberkulöse Infektion der Versuchstiere nicht ein. Von den übrigen waren 5 humanen und 3 bovinen Typus. Uhlenhuth hat mitgeteilt, daß im Institut für Infektionskrankheiten von den 11 zuerst untersuchten Fällen 7 humanen und 4 bovinen Typus zeigten.

v. d. Porten demonstriert einige **Bilder aus der Hamburger Lupusheilstätte.** Bei den meisten Fällen kann man schon an der Hand von Anamnese und vom klinischen Bilde die Pathogenese und die Infektionsart gewissermaßen ablesen. Fall 1 ist ein junges Mädchen, das in der Kindheit einen Nasenlupus, ausgehend von Tuberkulose der Nasenschleimhaut, erwarb. Es entstand eine Tuberkulose der Halsdrüsen, davon ausgehend Hautlupus, weiter Tuberkulose der Sehnenscheiden und Lupus der Arme und Hände. Es ist selbstverständlich, daß hier der Typus humanus der Erreger sein mußte. Anders im Fall 2: Ein junger Mann, der an Darmtuberkulose erkrankte und durch Fortleitung durch die Mesenterialdrüsen eine Tuberkulose der großen Lymphbahnen der rechten unteren Extremität mit konsekutivem Hautlupus erwarb. Hier ist es ohne weiteres verständlich, daß die perlsuchthaltige Nahrung die Infektion verursacht hat, wie denn auch die experimentelle Nachprüfung den Typus bovinus ergab. Fall 3 ist ein durch Gabelstich entstandener Impflupus und ergab bei experimenteller Nachprüfung Typus humanus. Dagegen ist in zwei weiteren Fällen der Typus nicht ohne weiteres vom Krankheitsbilde abzulesen, sondern nur experimentell klärbar: ein von einer Tuberkulose der präaurikulären Drüsen ausgegangener Lupus. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bis jetzt in etwas mehr als einem Drittel der Fälle der Typus bovinus gefunden wurde.

Wichmann: **Erfahrungen mit spezifischer Therapie der Tuberkulose.** Zunächst wird ein Fall besprochen, welcher spontan eine Impfung mit den eigenen Tuberkelbazillen erfuhr. Bei einer 38jähr. Frau mit offener Lungentuberkulose kam es zu Kehlkopftuberkulose, welche die Tracheotomie nötig machte. Die Operationswunde infizierte sich mit Tuberkulose, es entstand eine langsam fortschreitende Haut-Tuberkulose, welche spontane Abheilung zeigte und zur Heilung der Kehlkopf- und Lungentuberkulose führte. Nach dem Steckrübenwinter rapide Zunahme der inneren und Hauttuberkulose. Der Fall beweist die große Bedeutung der Haut als Produktionsstelle von Antikörpern.

a) **Ponndorfsche Impfung:** Der diagnostische Wert der P.schen Impfung ist gering, da offenbar infolge mangelhafter Resorption des Tuberkulins die Herdreaktion in vielen Fällen sicherer Hauttuberkulose ausbleibt. Diese mangelhafte Resorption hat aber zur Folge, daß die Giftkomponente des Tuberkulins nur in geringem Maße zur Wirkung gelangt, so daß das P.sche Verfahren als die ungefährlichste Tuberkulinmethode bezeichnet werden kann. Am eindeutigsten zeigte sich die P.sche Wirkung in einem Falle von Gesichtslupus mit Nasenschleimhauttuberkulose, in welchem im Anschluß an die P.sche Impfung fast gänzliche Abheilung ohne jede äußere Therapie erfolgte. Auch Fälle von Knochentuberkulose, fistulöser Hauttuberkulose heilten ab. Ob die P.sche Impfung wirksam ist, scheint, abgesehen von der Fähigkeit des betreffenden Organismus Antikörper zu bilden, davon abzuhängen, daß das betreffende Antigen in bestimmtem Verhältnis zur Tuberkulose des betreffenden Organismus steht. Während z. B. die Benutzung einer bestimmten Originalflasche eine deutlich günstige Wirkung erkennen läßt, ist bei Verwendung einer zweiten und dritten usw. die angewandte Impfung ohne Erfolg. Die P.sche Impfung wurde an über 300 Kranken ausgeführt. Sie stellt zweifellos einen wertvollen Fortschritt dar, doch wird nur ein kleiner Prozentsatz durch dieselbe Heilung, ein größerer Besserung finden, die Mehrzahl der Kranken aber keinen Nutzen daraus ziehen können.

b) **Erfahrungen mit dem Friedmannschen Mittel:** Sieben Kranke mit Hauttuberkulose und Lupus, darunter ein Fall mit Lungentuberkulose und einer mit Knochentuberkulose, wurden von F. F. Friedmann in der Lupusheilstätte Hamburg 1913 geimpft. In vier Fällen trat Propagierung des Lupus ein, die stellenweise einen sehr gefährlichen Grad erreichte, in einem weiteren Falle wurde die Hauttuberkulose ebenfalls stark aktiviert und verbreitet infolge Überdosierung. Ein Fall blieb unbeeinflußt, in einem Fall gelangte die Hauttuberkulose zur Abheilung, jedoch trat infolge Aktivierung der seit Jahren bestehenden stationären Lungentuberkulose Kachexie und Tod ein.

Digitized by Google

c) **Erfahrung mit Partialantigenen:** Es wurden 110 Kranke mit den Partialantigenen nach Deycke-Much behandelt, von denen 102 eine Beurteilung zulassen. Bei diesen Untersuchungen handelte es sich einmal darum, ob die Partialantigene, wie die Verff. behaupten, als immunbiologischer Kontrolleur des Ablaufs der Tuberkulose anzusehen sind. Das Material Wichmanns zeigt, daß die Partigene in vielen Fällen eine solche Kontrolle nicht darstellen, indem Kranke mit Haut- und innerer Tuberkulose trotz Vermehrung und Neubildung von Antikörpern auf Partialantigene eine Zunahme ihrer Tuberkulose zeigen. Die zweite Frage, inwieweit die Behandlung mit Partialantigenen als immunisatorischer Heilfaktor anzusehen ist, läßt sich dahin beantworten, daß von 102 Fällen nur 12 eine Beeinflussung durch Partialantigene in günstigem Sinne — möglicherweise — zeigen; eindeutig sind nur 8 Fälle günstiger Beeinflussung (1 Skrofulose, 1 Hauttuberkulose mit Nierentuberkulose, 1 Rachenschleimhauttuberkulose, 5 Lupusfälle). Hier war Besserung unverkennbar, hielt aber nicht stand, bis auf 3 Fälle. Eine Abheilung wurde nie gesehen. Aktivierung und Propagierung erfolgte in 5 Fällen durch Anwendung der Partigene.

d) **Erfahrung mit Eigenextraktbehandlung nach Wichmann.** Die Methode besteht darin, daß man in geeigneten Fällen die Lymphdrüsen exstirpiert, aus diesen einen Extrakt bereitet und einspritzt. Diese Behandlung fußt auf der Tatsache, daß die Lymphdrüsen der Tuberkulösen eine Produktionsstätte von Antikörpern darstellen. Diese Schutzkörper sind allerdings in den Drüsen nur in einem gewissen Stadium ihrer mit der Tuberkulose konform einhergehenden Veränderungen enthalten. Die schon erweichte Drüse wirkt lediglich als Giftkörper. Von 28 so behandelten Fällen von Lupus und Hauttuberkulose wurde in 17 eine deutlich günstige Wirkung erzielt, in 2 fand ohne äußere Behandlung eine rapide Abheilung einer fortschreitenden ulzerösen Hauttuberkulose statt.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Mai 1920.

Originalbericht von Dr. Sprinz-Berlin.

Krankenvorstellungen:

1. Seedorf: **Multiple Sarkome der Haut** bei einer 36jähr. Frau, ausgehend von einem Nävus an der Wange. Metastasen im Gehirn. Röntgen ohne Erfolg.

2. Heyn: **Salvarsandermatitis** der ganzen Körperoberfläche mit schwerem Allgemeinzustand nach Neosalvarsan.

Diskussion: Buschke neigt zu der Annahme einer Idiosynkrasie. Lesser vermutet eine Arsenretention im Organismus, weil 14 Tage bis zur Eruption vergangen sind. Rosenthal betont die relative Häufigkeit einer Dermatitis nach Salvarsan; alle Fälle haben eine längere Inkubation; es liegt stets eine relative Überdosierung vor. Bruhns hat gerade nach Silbersalvarsan schwere Dermatitiden gesehen; er rät zu einer vorsichtigen Dosierung.

3. Lesser: a) **Isolierter Pemphigus der Mundschleimhaut** in plötzlich rezidivierenden Blaseneruptionen. Differentildiagnostisch sind Aphthen auszuschließen.

Rosenthal empfiehlt Ichthyolkokain.

b) **Furunkel auf syphilitischer Basis.** Gewöhnliche Affektionen weichen bei einem Syphilitiker vom gewöhnlichen Verlauf ab und bieten ein schwereres Bild. Differentialdiagnostisch wird Gumma ausgeschlossen.

4. Buschke: a) **Mann mit Pseudoleukämie** seit zwei Jahren. Als zugehörig zur Pseudoleukämie ist die Prurigo lymphatica (blaurote, juckende Infiltrate an den Streckseiten) aufzufassen; solche Bilder finden sich erfahrungsgemäß auch bei anderen Erkrankungen des Lymphapparates.

b) Pathologisch-anatomische Präparate von **phagedänischem Schanker,** der zum Tode durch Sepsis führte; in einem der beiden Fälle ließ sich der Schanker inokulieren.

c) Pathologisch-anatomische Präparate eines **Nävokarzinoms der Nabelgegend.** Auf der Bauchhaut Metastasen; dazwischenliegende Haut scheinbar gesund, enthält mikroskopisch in den Lymphbahnen Karzinom.

Digitized by Google

d) Hinweis auf das stärkere **Umsichgreifen der Mikrosporie** in den städtischen Kinderheimen, das eine energische, ärztliche Bekämpfung verlangt.

Heller meint, daß es noch gar nicht feststehe, ob überhaupt die Bevölkerung in Deutschland so disponiert sei für Mikrosporie wie die in Frankreich; unsere desinfektorischen Maßnahmen sind nicht allzu hoch zu bewerten; man soll keine Unruhe in die Bevölkerung tragen. Buschke erwidert, daß er nur von der Ausbreitung in den Kinderheimen gesprochen habe, wo ein inniger und dauernder Kontakt der Kinder gegeben sei.

5. Blumenthal berichtet über **Reaktionen** der Haut bei Behandlung des **Lupus erythematodes** mit **Ponndorfscher Tuberkulinimpfung.** Es kamen heftige Reaktionen im Herde und an der Impfstelle zur Beobachtung, teils auch nur lokale Reaktionen.

Bl. demonstriert ein skarlatiformes Exanthem nach Ponndorfscher Impfung bei Lupus vulgaris der Nase.

6. Hoffmann: a) **Xanthoma multiplex hereditarium.** Bei einem 2jähr. Kinde finden sich kleinerbsengroße Knötchen, stark juckend. Kein Ikterus, kein Diabetes, Leber vergrößert.

b) **Urticaria pigmentosa**: α) bei einer 65jähr. Frau, β) bei einem gut entwickelten 5jähr. Kinde.

7. Heyn: **Chronische universelle exfoliative Erythrodermie** bei einem 31jähr. Manne. Psoriasis ist vorausgegangen. Ein Zusammenhang mit Tuberkulose ist nicht zu entscheiden. Bruhns, der den Pat. früher behandelt hat, stellt fest, daß die Erythrodermie sich jedenfalls zeitlich an die Chrysarobinbehandlung angeschlossen habe; es muß eine Disposition zugrunde liegen, die durch Reizungen manifest wird.

8. Baum: **Röntgenschädigung der Haut der Hände** bei einem jungen Manne, der 180mal wegen Ekzem geröntgt wurde mit dem Resultat einer Atrophie der bestrahlten Haut, einer Sklerosierung der Gelenke und Entwicklung eines Karzinoms am kleinen Finger.

9. Seedorf: **Elefantiastische Verdickung** der Haut des Oberschenkels und der zugehörigen Gesäßhälfte bei einer 26jähr. Pat. mit **Lupus vulgaris.** Die Anamnese gibt keine Erklärung für die Elefantiasis.

10. Gottron: **Sklerose an der Unterlippe;** bemerkenswert war die Schwellung einer retropharyngealen Lymphdrüse, die sich deutlich im Rachen vorwölbte.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1920, Bd. 1, Nr. 1.

Gutartige Kiemengangzysten (Branchiomes cutanés bénins), von Darier und Hallé. Die Beobachtung betraf ein 10jähr. Mädchen, das von Geburt an eine große Zahl (über 30) von kleinen Auswüchsen auf einer einzigen Linie verteilt aufwies; dieselben reichten vom Ohr — den Gehörgang ganz ausfüllend — bis zum Sternum. Ihre Verbreitung entsprach genau dem Verlauf der ersten Kiemenspalte. Die kleinen Mißbildungen bestanden aus äußerst kleinen Fisteln, die mit einem Zylinderepithel, und zwar mit Flimmerepithel bekleidet waren.

Epidemisch auftretendes Hautjucken bei Asiaten (Prurigo épidémique chez les asiatiques importés pendant la guerre), von Dubreuilh. Verf. berichtet über einen juckenden Ausschlag von besonderer Form, den er im Jahre 1916 massenhaft, aber nur bei Annamiten sah, die aus Asien nach Frankreich als Kriegshilfe geschafft worden waren. Es zeigten sich linsengroße, urtikariaähnliche Knötchen, die heftig juckten und besonders am Unterkörper auftraten, indem sie die Gelenkbeugen und Genitalien verschonten. Die Abheilung erfolgte unter eigentümlicher Pigmentierung. Parasiten waren auszuschließen. Dagegen vermutet Verf., daß diese Juckblattern eine alimentäre Ursache hatten wegen der völlig veränderten Ernährung der Leute. Schwefelteersalbe erwies sich als recht heilsam.

Digitized by Google

Syphilitischer Diabetes (Diabète syphilitique et glycosurie de la période tertiaire), von Cordier und Dechaume. Zwei Krankengeschichten von Pat. mit tertiärer Syphilis, die außerdem an Diabetes mellitus litten. Es handelt sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen dieser beiden Affektionen, sondern um syphilitische Diabetes. Im ersten Falle war die Syphilisinfektion über jeden Zweifel; Pat. gab die Infektion zu und weist tertiärsyphilitische Erscheinungen auf. Im zweiten Falle ist die Infektion unbekannt geblieben, aber es fanden sich Leukoplakien an der Wange und Zunge, ungleiche Pupillen und träge Reaktion. Die Serumreaktion war positiv. Der Diabetes setzte in beiden Fällen erst lange Jahre nach der Syphilis ein. Die antiluetische Behandlung hatte in dem einen Falle ganz ungenügend, im anderen gar nicht stattgefunden. Die Zuckerausscheidung nahm im gleichen Maße zu, wie die syphilitischen Erscheinungen schwerer wurden; umgekehrt schwanden die syphilitischen Symptome zugleich mit dem Diabetes, als eine spezifische Kur eingeleitet wurde, während ein antidiabetisches Regime erfolglos geblieben war. Verff. sprechen auch die Vermutung aus, daß der sogenannte Diabetes der Eheleute sich zwanglos durch die Annahme einer gemeinschaftlichen Syphilis erklärt.

Diphtherie und Vitiligo, von Jolivet. Die Beobachtung betraf einen Offizier, bei dem sich nach einer nicht genügend mit Serum behandelten Diphtherie zunächst eine Lähmung der unteren Extremitäten entwickelte und fünf Monate später Vitiligo auftrat, und zwar in völlig symmetrischer Anordnung. Das spräche für eine zentrale, trophische Störung, und man müßte sich die Entstehung der Vitiligo nach Diphtherie genau so erklären wie nach Syphilis.

1920, Bd. 1, Nr. 2.

Der Krebs der Bowenschen Dermatose (Le cancer de la dermatose précancéreuse de Bowen), von Darier. Im Anschluß an eine frühere Publikation, in der Darier die zuerst von dem Amerikaner Bowen beschriebene Dyskeratose auf Grund eigener Beobachtungen analysiert hatte, eine Affektion, von der schon Bowen vermutet hatte, daß sie krebsig entarten könnte, kann Verf. nunmehr einen solchen Hautkrebs mitteilen, der sich nach dem genau übereinstimmenden histologischen Bilde aus der Bowenschen Dermatose entwickelt haben muß. Klinisch war der Krebs bemerkenswert durch sein Wachstum mehr in die Fläche als in die Tiefe und durch seine Neigung, mehr zu wuchern als zu zerfallen; er nahm schließlich das ganze Gesicht ein mit Ausnahme von Nasenspitze und Kinn. Es bildeten sich gelappte Wülste, die, durch tiefe Furchen voneinander getrennt, mit Schuppen und Krusten bedeckt waren und mit milienähnlichen Pünktchen wie bestreut aussahen. Das Wachstum war ein sehr rasches, wobei es zu schweren Blutungen kam. Zunächst schwollen die regionären Drüsen, einzeln fühlbar, an; in einer spätern Periode kam es, wie die Autopsie ergab, zur Metastasenbildung in den innern Organen und Lymphdrüsen. Histologisch sehr charakteristisch sind die großen, ödematösen Zellen mit ihren ungleichen, monströsen und multipeln Kernen. Das Bild ähnelt der Pagetschen Dyskeratose. Therapeutisch ist einer radikalen, chirurgischen Behandlung der Vorzug zu geben.

Beitrag zur Pathogenese des sogenannten ano-rektalen Syphiloms (Fournier) (Contribution à l'étude de la pathogénie du soi-disant syphilome ano-rectal [Fournier]), von O. Jersild. Die von Fournier zuerst beschriebene Affektion besteht aus einer hyperplastischen Infiltration der ano-rektalen Wände und führt stets zu einer Strikturierung des Rektums; sehr charakteristisch sind häufig dabei vorkommende, unter der Stenose gelegene, trockene Fisteln. Der Verlauf ist ein ungemein chronischer. Auf Grund sechs eigener Beobachtungen, die nur Frauen betrafen, verwirft Verf. die ursprüngliche Annahme der syphilitischen Natur des Leidens. Das wiederholt beobachtete, gleichzeitige Vorkommen mit einer Elefantiasis der Vulva läßt schon vermuten, daß es sich um identische Prozesse handelt. Die histologische Untersuchung eines Falles bestätigte diese Annahme. Alle Symptome lassen sich ungezwungen durch die Annahme einer Lymphstauung erklären. Wir werden deshalb in Zukunft die Affektion besser als ano-rektale Elefantiasis zu bezeichnen haben.

Vakzinetherapie der Blennorrhoe (Etat actuel de la vaccinothérapie antigonococcique), von Renaud-Badet. Besprechung von französischen und englischen Vakzins; der deutschen wird mit keinem Worte Erwähnung getan. Das „Lipogon", die entgifteten englischen Vakzins und das wäßrige Vakzin von Demouchy seien am wirksamsten, weil sie einen sehr hohen Antigengehalt haben. Sprinz-Berlin.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Taschenbuch der Therapie, von Dr. M. T. Schnirer. (15. Ausgabe, Leipzig 1919, Curt Kabitsch.) Das in 15. Ausgabe vorliegende, nicht nur die Therapie in weitestem Umfange, sondern bis zu einem gewissen Grade auch die Diagnose behandelnde Taschenbuch bemüht sich, und zwar im allgemeinen mit Erfolg, mit den Fortschritten der Wissenschaft gleichen Schritt zu halten. Natürlich kann es bei einem solchen Buche, das von einem ja niemals vermeidbaren individuellen Standpunkt aus den Grundsatz durchführt, daß, wer vieles bringt, jedem etwas bringen wird, nicht ausbleiben, daß mancher manches vermissen wird, manches gern gemißt hätte. Den Gesamtwert des Buches, das sicher unter vielen ähnlichen seinen Platz behaupten wird, können kleine Ausstellungen nicht beeinträchtigen, immerhin würden wir bei dem Kapitel Gonorrhoe bitten, dem leider auch in der Praxis immer noch gar zu oft vernachlässigten weiblichen Harnröhrentripper unter einem der in Betracht kommenden Schlagworte eine seiner Bedeutung entsprechende Erwähnung zu widmen und bei der kindlichen Vulvo-Vaginitis auch der Spumanstäbchen mit Argent. nitr. zu gedenken. Daß bei der akuten Gonorrhoea ant. der zweite Urin immer klar ist, kann nicht zugegeben werden, und der Termin für das Abbrechen der Abortivkur, falls die Gonokokken nicht schwinden, scheint uns mit einer Woche etwas reichlich lang bemessen zu sein. Weshalb in der im übrigen sehr schematischen Einteilung der Syphilisstadien das Leukoderma in das tertiäre geraten ist, ist nicht recht erfindlich, auch die Nervenerkrankungen sind kein Charakteristikum des letzteren. Bei der Behandlung der Sklerose hätte, wenn schon so viele Streupulver erwähnt werden, das Kalomel nicht übergangen werden dürfen, bei der Allgemeinbehandlung ist das Asurol wohl heutzutage als ganz verlassen zu betrachten, dagegen wäre sein Nachfolger, das Novasurol, als unzweifelhafte Bereicherung der Therapie, ebenso neben dem Salizylquecksilber das Thymolazetquecksilber und für Einreibungen die vorzüglichen Ebaga-Präparate aufzunehmen. Beim Ulcus molle vermissen wir das Natr. sozojodol. und das wenn auch alte, so doch immer noch gute Kupferwasser. Bei Pediculi pubis könnte die graue Salbe fortfallen, sie schadet so oft, daß ihre durch Tradition geheiligte Anwendung endlich aufgegeben werden könnte. Bei der Psoriasis wünschten wir eine Erwähnung des Cignolins und der Solarsoneinspritzungen. In dem vorangestellten therapeutischen Jahresbericht sind die subskrotalen Injektionen bei Epididymitis angegeben, ebenso die in ihrem Werte noch recht verschieden beurteilten Kollargoleinspritzungen (intravenös) bei Gonorrhoe sowie die intramuskulären Terpentininjektionen und die Karbolsäureätzungen bei Trichophytien, während die verschiedenen spezifischen Injektionen (Trichophytin u. a.) anscheinend noch nicht bekannt waren, ebenso wie die Eigenbluteinspritzungen bei Pruritus und Urtikaria. Bei der Darstellung der Spirochaete pallida werden nur die Burische Tuschmethode und die Versilberungsmethode nach Fontana aufgeführt; so sehr gerade Ref. diese beiden Methoden schätzt, so darf doch das unter Umständen geradezu unentbehrliche Dunkelfeld nicht fehlen. Daß die Kosmetik der Haut, Haare, Nägel und des Mundes in einem besonderen Kapitel zusammengestellt ist, sei erwähnt und die Fülle des in allen Teilen des Buches auch für den Dermatologen wertvollen Materials hervorgehoben. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über Riesenepithel- und -drüsenzellen in der Epidermis des Laubfrosches, von W. J. Schmidt-Bonn. (Anat. Anz., 1918/19, Bd. 51.) Dem Verf. fielen bei Untersuchungen über den Farbenwechsel des Laubfrosches zwei noch nicht beschriebene riesige Zellformen auf, die allerdings nur gelegentlich vorkommen und wohl als pathologisch bezeichnet werden müssen. 1. Die Riesenepithelzellen sind ungefähr kugelig und im Stratum Malpighii gelegen, so daß ihr Unterrand die basale Zylinderzellenschicht berühren kann, mit ihrem Oberrand dagegen erreichen sie nie die Hornschicht. Ihr Durchmesser beträgt 25—50 μ; sie sind daher schon bei schwacher Vergrößerung zu erkennen. Die benachbarten Epithelzellen sind infolgedessen deformiert, der Wölbung der Kugel entsprechend ausgehöhlt. Sie haben zwei oder drei Kerne, welche sich in größeren

Digitized by Google

Zellen an den einander zugekehrten Seiten abplatten und bis 25 μ groß sein können. Das Kerngerüst besteht aus dünnen, schwach färbbaren Strängen. Fast ausnahmslos findet man Nukleolen, die durch eine helle Lücke (Schrumpfraum) vom Kerne getrennt sind. Das Zytoplasma ist locker, feinkörnig und heller als bei normalen Epidermiszellen. Übergangsstadien zwischen diesen Riesenzellen und normalen Epithelzellen bestehen nicht. Verf. deutet die Riesenzellen als hydropisch veränderte Epidermiszellen, woraus sich ihre Größe und Kugelform erklärt, sowie die Lockerheit des Plasmas und der Vakuolen. Die Mehrkernigkeit läßt sich daraus nicht erklären. — 2. Die Riesendrüsenzellen sind von so gewaltiger Größe, daß sie oft die ganze Dicke der Epidermis einnehmen und ihre Oberfläche vorwölben. Ihr unterer Rand reicht bis an die basalen Zylinderzellen, ihr oberer nahe an die Hornschicht. Nach oben hängt die Drüsenzelle durch eine kegelförmige Ausweitung mit der Außenwelt zusammen. Ihr längerer Durchmesser beträgt etwa 100 μ. In der Mitte befindet sich ein elliptischer Sekretbehälter, der vom Kern in Form eines Hufeisens umzogen wird. Der Kern besteht aus dichtgelagerten Chromatinkörnchen; ob diese Nukleolen entsprechen, ist zweifelhaft. Im Flachschnitt erscheint der Sekretbehälter kreisförmig. Er wird von einer feinkörnigen Masse erfüllt, die sich nach Pappenheim rot, mit Thionineosin blau färbt, was auf eine muzinartige Beschaffenheit schließen läßt. Die mächtige Entwicklung des chromatinreichen Kernes dieser einzelligen Drüse fügt sich jenen neueren Erfahrungen ein, die das Sekret vom Kern herleiten. Die Riesendrüsenzellen sind wahrscheinlich aus kleineren drüsenzellartigen Elementen hervorgegangen und verdanken ihre Größe und Form besonderen Umständen. Ausgangsgebilde sind vielleicht die sog. Rudneffschen flaschenförmigen Zellen im Stratum mucosum. Sie sollten nach Fr. E. Schulze ein Sekret liefern, das die obersten Zellschichten von den unteren trennte, nach Pfitzner sollten sie die Hornschicht fester im Stratum Malpighii verankern. Im Halsteil erscheint regelmäßig eine Ansammlung von kleinen Körnchen, und da diese kaum etwas anderes als Sekretgranula sein können, so bestätigen sie die Ansicht, daß die Flaschenzellen sezernierende Elemente sind. Verf. hat nur feststellen können, daß die Flaschenbazillen unter der Hornschicht münden, glaubt aber, daß sie zuzeiten die Oberfläche der Epidermis erreichen. Dies würde der Fall sein, wenn sie bei der Bildung der neuen Hornschicht statt zu verhornen lebenskräftig blieben. Schulzes Ansicht über die Bedeutung des Sekretes der Zellen dürfte schwer zu entscheiden sein, da sich bei den Reptilien die Häutung ohne Mitwirkung von Drüsensekreten vollzieht und daher wohl auch bei den Amphibien eine solche Beihilfe nicht nötig sein wird. J. W. Rille-Leipzig.

Bemerkungen zum Chromatophorom, von Hugo Ribbert-Bonn. (Zbl. f. Pathol., Bd. 29, H. 10.) Die Chromatophorome nehmen ihren Ausgang von eigenartig differenzierten pigmentbildenden, im Bindegewebe liegenden Zellen, den Chromatophoren. Das ist am deutlichsten bei den Tumoren des Auges und der Hirnhäute, wo keine anderen Zellen in Betracht kommen. Es ist aber ebenso anzunehmen für die Geschwülste der Haut, in der sie zuweilen auch aus pigmentierten Stellen hervorgehen, die nur Chromatophoren enthalten, während sie allerdings meist aus pigmentierten Warzen entspringen, die als vorwiegenden Bestandteil neben reichlichen Chromatophoren die Nävuszellen aufweisen. Die Natur der Chromatophoren ist noch nicht eindeutig zu beurteilen. Sie können einmal aufgefaßt werden als eigenartig differenzierte pigmentbildende Elemente des Bindegewebes. Dafür spricht ihr Vorhandensein in der Chorioidea, den Hirnhäuten und in jenen braunen und blauen Nävi, in denen sie allein vorhanden sind. Aber sie stehen in den pigmentierten Warzen in enger Beziehung zu den Nävuszellen. R. deutet sie als genetisch mit ihnen identisch. Die Chromatophoren sind die vollentwickelten, die Nävuszellen die noch nicht völlig differenzierten Pigmentzellen. Auch bei dieser Deutung können die beiden genetisch gleichartigen Zellen bindegewebiger Abkunft sein. Dafür sprechen bei den Nävuszellen ihre engen morphologischen Beziehungen zum Bindegewebe. Von vielen Seiten aber wird ihre epitheliale Abstammung als bewiesen angesehen, und dazu trägt jetzt der positive Ausfall der Dapareaktion in den Nävuszellen sehr wesentlich bei. Die Nävuszellen sind — das lehrt die Entstehung der Chromatophorome an den Stellen, an denen jene Zellen fehlen — an der Bildung der Geschwülste nicht notwendig beteiligt. Wenn sie aber durch ihre Wucherung Tumoren erzeugen, dann werden sie jedenfalls die aus rundlichen, epithelähnlich verbundenen Zellen bestehenden Neubildungen liefern, auf die aber der Name Chromatophorom deshalb auch paßt, weil die Nävuszellen mit den Chromatophoren genetisch übereinstimmen. Auch wenn die Nävuszellen und mit ihnen die Chromatophoren epithelialer Abkunft sind, so gehören sie schließlich doch als eigenartig differenzierte Elemente zum Binde-

Digitized by Google

gewebe. Sie haben ihren epithelialen Charakter in ähnlicher Weise verloren wie alle Mesenchymzellen, die ursprünglich auch von den epithelialen primären Keimblättern abstammen. Daher kann man, wie es auch bei ihrer Ableitung aus dem Bindegewebe berechtigt wäre, die aus ihnen hervorgehenden Geschwülste auch Sarkome, Pigmentsarkome nennen. Aber der Name Chromatophorom ist bezeichnender, weil er ohne weiteres auf die eigenartig differenzierten pigmentbildenden Zellen hinweist, von denen die Tumoren ihren Ursprung nehmen. G. Gans-Heidelberg.

Über den Nachweis des pigmentbildenden Oxydationsfermentes im Hautbrei und in Hautextrakten, von Eugène Ducrey. (Diss., Basel 1917.) Die von Florence Durham mitgeteilte Beobachtung, wonach im Preßsaft pigmentierter tierischer Haut eine Oxydase (Tyrosinase) sich befinden soll, welche in spezifischer Weise aus Tyrosin ein Melanin bildet, entspricht den Tatsachen nicht. Jeder Versuch, sowohl im Extrakt als auch im Zellbrei menschlicher wie tierischer Haut mit Tyrosin eine Reaktion zu erhalten, blieb vollständig erfolglos, auch wenn genau dieselben Versuchsanordnungen getroffen wurden, wie sie Durham angibt. Ähnliche Versuche mit Adrenalin führten zu demselben negativen Resultat. Die mit Dioxyphenylalanin (Dopa) versetzten Preßsäfte und Hautextrakte zeigten zwar eine regelmäßige Dunkelung und das Auftreten mehr oder weniger reichlicher melaninartiger Niederschläge, allein die Reaktion verriet keinen spezifischen Charakter und beruht vermutlich auf dem Vorhandensein oder der Entstehung nicht spezifischer oxydierender Substanzen im präparierten Zellsaft, auf welche das leicht oxydable Dopa ein viel feineres Reagens ist als Tyrosin bzw. Adrenalin. Die beim Kochen des Hautsaftes fast regelmäßig beobachtete Verstärkung der Reaktion muß ebenfalls auf diese Weise gedeutet werden. Ob bei der Extraktion die von Bloch entdeckte Dopaoxydase in den Zellsaft übergeht, ließ sich nicht entscheiden, mit Sicherheit jedenfalls nicht ausschließen. Die in gleicher Weise wie der Hautsaft mit Dopa versetzten Hautemulsionen lassen im Gegensatz dazu ein spezifisches Verhalten in dem Sinne erkennen, daß die in allen Fällen eintretende, auf einer Oxydation des Dopas beruhende Dunkelung in den Emulsionen pigmentierter Haut einen stärkeren Grad erreicht als in solchen nicht pigmentierter. Daraus darf geschlossen werden, daß zu der sozusagen immer stattfindenden unspezifischen Oxydation des Reaktionskörpers eine spezifische Komponente hinzutritt, welche Beziehungen zum Pigmentgehalt der Haut hat. Im Hinblick auf den von Bloch gefundenen Zusammenhang zwischen Dopaoxydase und Pigment ist der Schluß berechtigt, daß es die Dopaoxydase ist, welche den stärkeren Ausfall der Reaktion bedingt. Während beim Menschen in drei Fällen von Vitiligo der Reaktionsunterschied stets ein deutlicher und beweisender war, machte die Beurteilung beim Tier häufig große Schwierigkeiten, welche in der Regel durch die starke Oxydationskraft der tierischen Gewebe bedingt war. Doch ließ sich in einem Teil dieser Versuche ein deutlich spezifisches Verhalten erkennen. Die vielen Fehlerquellen, welchen die Methode unterworfen ist, lassen sie zum Nachweis der Dopaoxydase wenig brauchbar erscheinen, zumal die nicht spezifischen Faktoren, welche die Oxydation des Dopa beeinflussen, gar nicht berechenbar sind, so daß ein Schluß auf die Qualität der Reaktion aus ihrer Stärke allein nicht ohne weiteres zulässig ist. F. Weiler-Leipzig.

Sind die Muskelzellen in den perforierenden Bündeln der Haut bei Rana ektodermalen Ursprungs? v. W. S. Schmidt-Bonn. (Anat. Anz., Bd. 25, H. 6/7.) Auf Grund einer genauen Untersuchung an Schnitten der Rückenhaut des Gras- und Wasserfrosches weist Sch. nach, daß die Muskelzellen und die schlanken Elemente des Zellkegels (am Muskelansatz) zweierlei Gebilde sind, daß diese Muskelzellen sowohl bei Rana temporaria wie bei Hyla nicht ins Epithel eindringen, sondern mit besonders differenzierten, langgestreckten, basalen Epithelzellen durch Verzahnung in Verbindung treten. Die Muskelchen in den perforierenden Bündeln sind bei den Fröschen nicht ektodermalen, sondern mesodermalen Ursprungs. Siehe Original.

O. Gans-Heidelberg.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. Juli 1920 | Nr. 29 | Band 71

Aus dem Frederiksberg-Hospital, Abteilung C (Direktor: Priv.-Doz. Ludwig Nielsen).

Ein seltener Fall von Antipyrinexanthem.

Von

Priv.-Doz. Dr. Harald Boas,

Chefarzt der Kopenhagener Poliklinik für dermato-venerologische Krankheiten.

Wie bekannt, ist das Antipyrin ein Stoff, welcher nicht selten zur Entstehung von verschiedenartigen Exanthemen Anlaß gibt. Es kann teils morbillöse oder skarlatinöse oder urtikarielle Ausschläge hervorrufen, teils Purpura- oder Erythema nodosum ähnliche Elemente, teils herpesähnliche Blasen, z. B. im Gesicht oder auf den Genitalien. Haben die Blasen ihren Sitz auf den Schleimhäuten, wie im Munde, platzen sie leicht und bilden oberflächliche Erosionen, welche erosiven Syphiliden sehr ähnlich sind. Ein sehr charakteristischer Ausschlag sind die zuerst von Brocq beschriebenen „fixen Antipyriniden" (éruption erythématopigmenteé fixe due à l'antipyrine), welche sich als mehr oder weniger zahlreiche Plaques bis auf 8 cm im Diameter zeigen und jedesmal, wenn der Kranke Antipyrin nimmt, wieder auftreten, um später mit Hinterlassung von Pigment zu schwinden. Selten ist die Entstehung von lokalisierten Ödemen, in der Regel an den Genitalien bei Männern. Einen Fall dieser Art bei einer Frau hatte ich neuerdings Gelegenheit zu beobachten.

P. ist ein 19jähr. Dienstmädchen, welches ins Spital wegen sekundärer Syphilis (makulo-papulöses Syphilid, Defluvium capillorum, positive WR 0,0, 20 : 100)[1]) eingelegt wurde. Da P. einige Zeit vor dem Eintritte an starken Kopfschmerzen gelitten hatte, wurde von einem Arzte Phenazetin + Antipyrin ää 30 Zentigramm ordiniert, ein Pulver dreimal täglich. Sie nahm hiervon 10 Pulver, wonach die Kopfschmerzen schwanden. 5 Tage nach dem ersten Pulver entdeckte sie an mehreren Stellen die Entwicklung eines bedeutenden Ödems. Es fing ungefähr gleichzeitig auf den Genitalien und um die Augen an, einige Tage später auch an den Füßen. Bei Eintritt auf der Abteilung, 2 Tage nachdem sie die Ödeme bemerkt hatte, war der Zustand folgender: Beide Labia minora waren der Sitz eines riesigen Ödems; das rechte Labium war so groß wie ein Hühnerei, das linke etwas kleiner; gleichzeitig starkes Ödem des Präputium clitoridis. Die Genitalien waren sehr empfindlich, an mehreren Stellen leicht exkoriiert. Im Gesicht bedeutendes Ödem, besonders um die Augen; etwas Ödem am Dorsum pedis und um die Fußgelenke. Nirgends wurde Rötung der Haut gefunden. Die P. fühlte sich etwas schwindlich und unwohl. Temperatur leicht erhöht (37,9). Im Laufe von 8 Tagen schwanden die Ödeme von selbst, zuletzt an den Labia minora, welche sich schließlich ganz schlapp nach der starken Ausdehnung zeigten. Um zu versuchen, ob das Antipyrin aufs neue Ödem hervorrufen würde, ordinierten wir Solutio Antipyrini 10 : 150, dreimal täglich einen Eßlöffel. Nachdem P. 4 Tage Antipyrin bekommen hatte, fing das Ödem wieder an, sich im Gesicht zu entwickeln, und wurde allmählich stärker; dagegen war diesmal keines an den Genitalien und an den Füßen zu bemerken.

[1]) Siehe Boas, Die Wassermannsche Reaktion, Berlin 1919, II. Aufl.

Digitized by Google

Gleichzeitig war P. wegen der Syphilis mit Inunktionen à 4 g und Salvarsan 30 cg behandelt worden. Ihre Nierenfunktion, welche von Priv.-Doz. Dr. Leschly untersucht worden war, zeigte normales Verhalten.

Es kann nach dem Vorliegenden über die Diagnose kein Zweifel bestehen. Außer der Antipyrindarreichung lagen keine Ursachen zu den Ödemen vor. Bei sekundärer Syphilis gibt es keine generalisierten Ödeme, auch bestanden keinerlei syphilitische Ulzera an den Genitalien, welche Veranlassung zu diesen Ödemen hätten geben können. Das Herz war vollständig gesund, ebenso die Nieren. Gravidität bestand nicht. Auch das Phenazetin war nicht die Ursache, weil eine spätere Phenazetindarreichung ohne Nebenwirkung blieb.

Der Fall ist im wesentlichen analog den von Ehrmann [1]) und Freudenberg [2]) beschriebenen Antipynödemen an den Genitalien bei Männern. Auf eine Zuschrift war Hr. Prof. Ehrmann so liebenswürdig, mir mitzuteilen, daß er ungefähr ein Dutzend ähnlicher Fälle gesehen habe, doch nur bei Männern. Bei einigen trat das Ödem bloß an den Genitalien auf; hier kam es zu einem intensiven Ödem des Präputiums, die Glans war nässend, ebenso war das Skrotum leicht ödematös. Bei anderen von Ehrmanns Kranken wurden ebenso wie in unserem Falle auch Ödeme der Augenlider sowie der Lippen gefunden. Ein Fall von Anschwellung der weiblichen Genitalia ist bisher anscheinend noch nicht beschrieben worden; Ehrmann bezeichnet dies als ein Unikum. Eine Besonderheit unseres Falles ist auch das Ödem der Unterextremitäten. Bei wiederholten Antipyringaben kekrte das Ödem der Augenlider prompt wieder, dagegen nicht an den Genitalien und den Füßen; möglicherweise hätte es sich bei fortgesetztem Antipyringebrauch auch hier entwickelt.

Daß das Antipyrinexanthem verhältnismäßig spät auftrat, ist nichts Ungewöhnliches. Allerdings ist die Regel, daß der Ausschlag gleich nach der ersten Dosis auftritt und solange, wie das Mittel genommen wird, anhält, um dann sehr schnell zu verschwinden. Oft tritt es aber viel später auf und besteht noch lange nach der letzten Dosis (v. Zumbusch in Rieckes Lehrbuch).

Ich danke Hrn. Direktor Ludwig Nielsen bestens für die Erlaubnis, diesen Fall publizieren zu dürfen.

---

[1]) Mračeks Handb., 1910, Bd. 1, S. 655—656. — [2]) Zentralbl. f. klin. Med., 1893, Nr. 5, S. 97—99.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Altona (Oberarzt Prof. Dr. C. Bruck).

Über Terpentinölbehandlung (Klingmüller) mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung in der Dermatologie.

Von

Dr. Heinrich Becher.

(Schluß.)

Wie das Terpentinöl bei der parenteralen Zufuhr nach Klingmüller wirkt, ist bisher auch noch nicht klar. Es sind eine ganze Reihe von Theorien aufgestellt. Ein Teil der Autoren fand Leukozytose, ein anderer sah normale Blutbefunde. Klingmüller (1, 14) glaubt, daß das Terpentinöl oder seine Oxydationsstoffe die von Pilzen usw. gebildeten körperfremden Giftstoffe unwirksam mache. Oder: es lockt die Stoffe, die die Pilze anziehen, vom Krankheitsherd fort, oder: es regt in Analogie von Vakzinen die Bildung von Antikörpern an, oder schließlich: Terpentin hat entzündungserregende Wirkung; wird es dem Körper parenteral einverleibt, so wirkt es als Antigen, und der Körper wird mit der Bildung von Antikörpern antworten. Fieber kommt für die Beurteilung der Wirkung nicht in Frage.

Auch Grabisch (16) ist der Ansicht, Terpentinöl wirke als „Antigen", rufe Antitoxinbildung hervor.

Sellei (19, 20) meint, daß bei den Staphylomykosen der Haut durch Terpentinöl deren Reaktionsfähigkeit vielleicht umgestimmt wird und die eitererregenden Mikroorganismen „als auf verändertes Terrain gebracht" in ihrer Virulenz geschwächt werden und die klinischen Erscheinungen hierdurch rasch abheilen.

Riecke (46) hält das Prinzip der T.-I. im wesentlichen dem früher gebräuchlichen Haarseil entsprechend.

Auch wir sind der Ansicht, daß man die Wirkung der T.-I. nach Klingmüller mit denen durch Terpentinöl hervorgerufenen Abszessen vergleichen kann, daß zwischen beiden nur ein quantitativer, jedoch kein qualitativer Unterschied besteht.

Senn (4) ist der Ansicht, daß der Fixationsabszeß durch Ableitung und Fixierung wirke, wie dieses auch von Fochier (2, 3) angenommen wird.

Rossbach (47) begründet die Wirkung desselben mit der ozonisierenden Eigenschaft des Terpentinöls, es belädt sich, nachdem es resorbiert ist, in der Lunge mit Sauerstoff und wirkt so antiseptisch.

Auch andere Autoren, so in der neuesten Zeit Sahli (12), sind der Meinung, daß Bakterien im künstlichen Abszeß fixiert werden; wenn diese nicht immer dort nachzuweisen sind, so liegt es nach Carles (48) und Revillions (5) u. a. Ansicht an der antiseptischen Eigenschaft des Terpentinöls, wodurch die angelockten Bakterien bald zugrunde gingen,

Digitized by Google

daß andererseits — so meint Lesieur (49) —, falls man zur Erzeugung der Abszesse weniger stark desinfizierende Mittel benutzt, wie z. B. Chinin. sulfur. oder Kampferöl in diesen die Mikroorganismen zu finden seien.

Chantemesse (50) läßt die Leukozyten eine besondere Rolle spielen, indem sie vermehrt durch die T.-I. dem Körper den Kampf gegen die Bakterien erleichtern.

Revilliod (5) und Bauer (45) fanden sämtliche Abszesse steril. Wir selbst konnten einen Abszeß bei einem Fall von Epididymitis gonorrhoica untersuchen und fanden ihn gleichfalls steril. Andere Autoren wie z. B. Sahli (12) fanden in den Abszessen Bakterien; so züchtete letzterer bei 2 Fällen von Influenza aus dem Abszeßeiter Reinkulturen von Influenzabazillen.

Leukozytose und Ablenkung der Bakterien scheint aber zur Erklärung der Wirkung der T.-I. nicht zu genügen. Wir sehen eine derart mannigfache günstige Beeinflussung von krankhaften Erscheinungen, für die diese Erklärung nicht hinreicht. Wir sehen kräftige Granulationen bei Ulcus cruris, ferner bei schlecht heilenden, operierten Bubonen, schnelleres Abheilen von Ulcus molle, als nur mit lokaler Behandlung, schnelles Abheilen von Ekzemen usw., wofür weder Leukozytose noch Bakterienablenkung in Frage kommt

Daß den Grenzkohlenwasserstoffen eine granulationsanregende Wirkung zukommt, ist durch Rost (51) experimentell erwiesen und klinisch erprobt. Rost hat durch Einspritzungen von Grenzkohlenwasserstoffen ins Knochenmark von Kaninchen „mächtige" Bindegewebsbildung erzeugt, und zwar am stärksten durch Rohparaffinöl. Dieses hat er dann therapeutisch zur Behandlung der Osteomyelitis und von Empyemen mit gutem Erfolg angewandt.

Es ist nun wohl anzunehmen, daß auch dem Terpentinöl eine ähnliche Wirkung zukommt; man ist erstaunt, wie rasch z. B. die durch T.-Ö. gesetzten großen Abszesse abheilen. Aber auch diese Eigenschaft würde allein nicht für eine Erklärung der Wirkung des T.-Ö. bei parenteraler Zuführung genügen.

Strauss (52), der die von Berliner (53—59) angegebenen intramuskulären Injektionen von Menthol-Eukalyptollösungen bei Lungengangrän und Lungenabszeß und anderen schweren Lungenerkrankungen gegeben hat, ist geneigt, die Wirkung dieser zu der der Terpentininjektionen in Beziehung zu setzen, glaubt aber, daß es sich hier um etwas anderes handle, als bei den Fochierschen Fixationsabszessen.

Daß ein nichtspezifisches Mittel wie das Terpentinöl auch auf bakterielle wie z. B. verschiedene gonorrhoische Erkrankungen von Einfluß ist, ist schon oft beobachtet worden. Eins der bekanntesten Beispiele hierfür ist wohl die Beeinflussung der progressiven Paralyse durch Tuberkulininjektionen, die Wagner v. Jauregg anwandte. Pappenheim und Volk (60) wollen diese nicht nur durch Strepto- und Staphylokokkeneinspritzungen günstig beeinflußt haben, sondern sahen auch die Globulinvermehrung und Lymphozytose im Liquor verschwinden und die positive Wassermannsche Reaktion ins Negative umschlagen. Bloch (61) behandelte mit Typhusvakzine 3 Fälle von teilweise sehr schwerer

Digitized by Google

gonorrhoischer Arthritis mit gutem Erfolg. Gleichfalls mit Typhusvakzine sah Possek (62) günstige Beeinflussung bei einer Reihe von luetischen Augenerkrankungen. Schmidt und Kraus (63) berichten über günstige Erfahrungen mit der Proteinkörpertherapie bei Lungentuberkulose und kommen zu dem Ergebnis, daß eine auffallende Ähnlichkeit zwischen der Wirkung dieser und der der üblichen Tuberkulinbehandlung bestehe, die daran denken lasse, ob nicht die Tuberkulinbehandlung auch als unspezifische Therapie zu erachten sei. In neuester Zeit gelang es v. Szily und Stransky (64) eine Reihe von Ophthalmoblennorrhoen durch parenterale Zuführung von 30% igem Natr. chlorat. und 1% igem Calc. chlorat. zu heilen.

In dieses Gebiet gehören wohl auch die Fälle, bei denen chronische Erkrankungen durch interkurrente Infektionskrankheiten sich völlig zurückbilden, um nach dem Abklingen der letzteren wieder aufzutreten. Hierfür bringt Gerhardt (65) mehrere Beispiele. Unter anderem führt er an: Tuberkulöser Aszites, dabei reichliche Diurese während krupöser Pneumonie, subchronischer Gelenkrheumatismus symptomlos während follikulärer Angina; akute Psychose sistierend während Erysipel; Drucksymptome bei Hirntumor sistierend während Masern. Aus der Literatur ist ferner bekannt die Beeinflussung maligner Tumoren durch Erysipel. v. Kopff (66) bringt weitere Beispiele für die Beeinflussung von Hauterkrankungen durch akute Infektionskrankheiten, so unter anderem die günstige Wirkung von Masern auf Ekzema capitis und auf chronischen Pemphigus. Ähnliche günstige Beeinflussung wie die oben beschriebene durch Typhusvakzine sahen wir bei einem Fall von Keratitis parenchymatosa durch Ol. terebinth., bei dem es aus anderen Gründen gegeben wurde.

Aus all dem geht hervor, daß es durch nichtspezifische Vakzine, ja auch durch Terpentinöl gelingen kann, spezifisch bedingte Krankheiten günstig zu beeinflussen. Daß auch das Terpentinöl örtliche Reaktionen von Krankheitsherden macht, hat Klingmüller (14) u. a. bei Lupus vulgaris beobachtet. Er sah, daß ähnlich wie nach Tuberkulin nach 6—12 Stunden Schwellung und Rötung der Krankheitsherde mit oder ohne Temperatursteigerung eintritt, die etwa einen Tag lang anhalten kann und dann unter Abschuppung des Herdes langsam verschwindet. So darf man wohl zu Recht mit Bloch (61) annehmen, daß ganz spezifisch bedingte Krankheitszustände durch Reaktionen, die mit der Genese dieser Krankheitszustände in keinerlei spezifischer Beziehung stehen, ebensogut zu beeinflussen sind, wie durch spezifische — auf das ursprüngliche Antigen abgestimmte — Maßnahmen. F. A. Hoffmann (69) geht noch weiter, indem er in seinen Vorlesungen „Über allgemeine Therapie" sagt: „Der alte Begriff des Spezifismus ist durch die neue Forschung ganz erschüttert, und so ist da nur noch der Name übrig, unter dem man einige Medikamente von unklarer und doch sehr eklatanter Wirkung zusammenfaßt."

So weit braucht man wohl nicht zu gehen und nun der Vakzinetherapie jeden Spezifismus abstreiten, vielmehr scheint es sich damit wohl so zu verhalten, wie Luithlen (68) annimmt, daß bei der Vakzinetherapie neben der spezifischen Komponente, eine unspezifische in Aktion trete, dadurch daß gleichzeitig artfremdes Eiweiß injiziert werde.

Digitized by Google

Es liegt wohl nahe, daß hier in unserem speziellen Falle durch T.-I. Antikörperbildung zunächst gegen dieses Antigen — das Terpentinöl also — angeregt wird, und daß sich hier gleichzeitig spezifische, d. h. also in dem einen Falle antigonorrhoische, in dem anderen antituberkulöse Antikörper bilden.

Es wäre ferner noch die Möglichkeit zu erörtern (Bruck) (76), ob nicht der parenteralen artfremden Eiweißtherapie — und um eine solche handelt es sich vielleicht auch letzten Endes bei der Terpentinanwendung (Enthomologisierung des körpereigenen Eiweißes) — eine antitoxische Wirkung zukommt. Bruck weist auf die älteren Versuche von H. Sachs (77) über die antilytische Wirkung von Milch gegenüber dem Arachnolysin hin und hebt die Möglichkeit hervor, daß das parenteral eingeführte körperfremde Eiweiß auch in vivo Rezeptoren zu gewissen, an den verschiedensten Krankheitsprozessen beteiligten Toxinen finden und auf diese Weise auch im menschlichen Organismus eine antitoxische Wirkung entfalten könne.

Wenn wir all die günstigen Beeinflussungen bzw. Heilungen ins Auge fassen, die man durch parenterale Einverleibung von Terpentinöl erreichen kann; nämlich die von verschiedenen Erkrankungen der Haut, die mit Exsudation einhergehen, ferner die von spezifischen Krankheiten, wie der tiefen Trichophytie, des Ulcus molle, Bubonen und Gonorrhoe, wenn man schließlich berücksichtigt, daß nicht nur Rückbildung von entzündlichen Prozessen, sondern auch eine Anregung der Granulationsbildung erfolgt, so muß man sich sagen, daß die obenerwähnten Theorien für die Gesamtwirkung der Terpentinölinjektionen nicht ausreichen, sondern nur Teilwirkungen erklären. Es drängt sich da der Gedanke auf, die Wirkung der T.-I. mit der anderer parenteral zugeführter Medikamente speziell der Proteinkörpertherapie, die durch R. Schmidt (70) begründet worden ist, zu vergleichen. Beide beeinflussen, wenn man die Arbeiten von R. Schmidt, R. Müller (71), Antoni (72), Reese (73) u. a. verfolgt, eine große Zahl derselben Krankheitsbilder. In dem einen Falle wird Milch, d. h. Eiweiß und eine Reihe anderer Stoffe, in dem anderen Falle Terpentinöl, also ein pharmakologisch eng umschriebenes Mittel, dem Körper einverleibt.

Spritzt man einem Individuum nach Weichardt (74) Eiweiß unter die Haut, so findet eine parenterale Verdauung desselben statt. Die Einwirkungen dieser auf den Organismus faßt Weichardt als „Protoplasmaaktivierung" auf. Diese äußert sich, wenn richtige Dosen von Eiweiß oder Eiweißspaltproduktion appliziert sind, in einer Leistungssteigerung der verschiedensten Organsysteme nach verschiedenen Richtungen.

Starkenstein (75) nimmt nun auf Grund seiner Untersuchungen an, daß eine Reihe verschiedenster Stoffe, so z. B. Kollargol, physiologische Kochsalzlösung, ätherische Öle, destilliertes Wasser bei parenteraler Zuführung alle Zellen des Organismus in ihrer Vitalität beeinflussen können. Ihre Wirkung bezieht sich nicht auf die einzelnen Organe, sondern ist eine omnizelluläre und führt zu einer Umstimmung des gesamten Organismus.

Injiziert man nun einem Menschen Terpentinöl, so macht dieses,

Digitized by Google

wenn man es unverdünnt injiziert, Infiltrate, Nekrosen, Abszesse. In schwachen Konzentrationen erlebt man dieses ja im allgemeinen nicht, daß aber dann ähnliche Erscheinungen, wenn auch in beträchtlich abgeschwächtem Maße eintreten, ist wohl anzunehmen. Dadurch werden Eiweißkörper des behandelten Individuums zerfallen, resorbiert werden und wirken, als wenn dem Körper artfremdes Eiweiß parenteral zugeführt worden wäre, d. h. sie werden eine Protoplasmaaktivierung im Sinne Weichardts herbeiführen. So ist auch Luithlen (68) der Ansicht, daß der Vorgang bei der Kochsalzinjektion ein ähnlicher ist, wie bei der intramuskulären Injektion von 20%igem Terpentinöl. Auch bei ihr werde im Muskel eine Entzündung mit Gewebszerfall hervorgerufen, wodurch Eiweißkörper zur Resorption gelangen können[1]).

Zusammenfassung.

Wenn wir unsere Erfahrungen mit den Terpentinölinjektionen nach Klingmüller zusammenfassen, so können wir folgendes sagen.

Die 10%ige Lösung hat dieselbe Einwirkung auf gewisse krankhafte Prozesse, wie die 20%ige Verdünnung, sie ist dabei angenehmer für den Patienten, da sie gar keine unangenehmen Nebenerscheinungen wie Fieber und Schmerzen mit sich bringt, vorausgesetzt, daß das Präparat einwandfrei ist. Da sich dieses aber bei dem offizinellen Ol. terebinth. rectific. nicht voraussehen läßt, empfiehlt sich die Anwendung eines konstanten Präparates, wie es das „Terpichin" darstellt. Am besten hält man sich bei den Injektionen an Klingmüllers Vorschrift, sie auf die Knochenfaszie zu geben, da sie intramuskulär verabreicht, wenn auch bei der 10%igen Mischung nicht starke Beschwerden, so doch immerhin Schmerzen verursachen können.

Ausgezeichnete Erfahrungen machten wir mit den Terpentinölinjektionen bei Bubonen, Wunden nach Bubooperationen, Ulcera mollia, Ekzemen, Furunkeln und Furunkulose, Schweißdrüsenabszessen und Mastitis.

Gute Erfolge erzielten wir bei Prurigo und Pruritus, Pyodermien bei Erwachsenen, Arzneiexanthemen, Urethritis gonorrhoica posterior, Epididymitis, Prostatitis acuta, Arthritis gonorrhoica ac.

Die sonstige Therapie wurde durch Terpentininjektionen gut unterstützt bei Ulcera cruris, Trichophytie, besonders den tiefen mit starker Infiltrationsbildung einhergehenden Formen derselben, schließlich bei der Urethritis gonorrhoica anterior.

Nicht beeinflußt wurden Impetigo contagiosa, Pyodermien

---

[1]) Nach Fertigstellung der Arbeit erschien von Schittenhelm (79) ein Beitrag „Zur Proteinkörpertherapie", in dem auch dieser eine ähnliche Ansicht vertritt. Die Terpentintherapie lasse sich vielleicht vom Standpunkt der Proteinkörpertherapie erklären. Das Terpentin macht bei parenteraler Applikation eine starke lokale Reizung. „Es können also wohl Stoffe die Heilwirkung ausüben, welche aus dem arteigenen Gewebe erst durch das Terpentin freigemacht werden."

Digitized by Google

bei Kindern, Prostatitis chronica und Arthritis gonorrhoica chron.

Die Wirkung der Terpentinölbehandlung ist ebenso wie die der parenteralen artfremden Eiweißtherapie, der sie möglicherweise verwandt ist, noch unklar. Von den bisher aufgestellten Hypothesen kommt in erster Linie in Betracht: Protoplasmaaktivierung oder als Teilwirkung derselben: Leukozytose, Granulationsanregung, antitoxische Wirkung.

Literatur.

1. Klingmüller, Über Behandlung von Entzündungen und Eiterungen durch Terpentineinspritzung. D. m. W., 1917, Nr. 41. — 2. Fochier, Thérapeutique des infections pyogènes généralisées. Lyon méd., Août 1891, Nr. 34. — 3. Derselbe, Progrès méd., 1892, Nr. 19. — 4. Senn, L'abscès de fixation. Diss., Genf 1898. — 5. Revilliod, Zit. bei Senn. Diss., Genf 1898. — 6. Gauthier, Société des Sciences Médicales. Ref. in Lyon méd., 1911. — 7. Colladon, Zit. bei Senn. Diss., Genf 1898. — 8. Lépine, Zit. bei Bauer. Virch. Arch., 1899, Bd. 156. — 9. Espenel, Abscès de fixation chez l'enfant. Soc. des Sc. Méd. Ref. in Lyon méd., 1911. — 10. Detscheff, L'abscès de fixation dans les maladies broncho-pulmonaires. Thèse Lyon, 1909. — 11. Pic, Abscès de fixation dans l'érysipèle. Soc. des Sc. Méd. Ref. in Lyon méd., 1911. — 12. Sahli, Über die Influenza. Korr.-Bl. Schweiz., 1919, Nr. 1. — 13. Hodel, Zur Behandlung der Grippepneumonien mit Kolloidmetallen und Fixationsabszeß. Korr.-Bl. Schweiz., 1919, Nr. 10. — 14. Klingmüller, Über die Wirkung von Terpentineinspritzungen auf Eiterungen und Entzündungen. M. m. W., 1918, Nr. 33. — 15. Meyer, F. M., Die Behandlung von Hautkrankheiten mit Terpentinöl. B. kl. W., 1918, Nr. 37. — 16. Grabisch, Anwendung und Wirkung des Terpentins bei der parenteralen Injektion. Derm. W., 1918, Nr. 37. — 17. Fischl, Über Therapie der Trichophytie mit besonderer Berücksichtigung der tiefen Formen. W. kl. W., 1919, Nr. 37. — 18. Meyer, F. M., Die Strahlenbehandlung der Trichophytien des Bartes. M. m. W., 1918, Nr. 22. — 19. Sellei, Terpentinölinjektionen bei einigen Hautkrankheiten. D. m. W., 1918, Nr. 37. — 20. Derselbe, Zur Behandlung der Hautkrankheiten mit Terpentinölinjektionen nach Klingmüller. Derm. W., 1919, Nr. 12. — 21. Brölemann, Therapeutische Wirkung der glutäalen Terpentineinspritzungen bei Blennorrhoe und ihren Komplikationen. M. m. W., 1918, Nr. 25. — 22. Hoffmann, Versuche, die Behandlungszeit der Bartflechte durch interne Therapie abzukürzen. Derm. W., 1919, Nr. 1. — 23. Schmidt, H. E., Über neuere Behandlungsmethoden der Bartflechte. B. kl. W., 1919, Nr. 3. — 24. Karo, Über die Beeinflussung infektiöser Erkrankungen der Harnorgane durch Terpentin-Eukupininjektionen. Ther. d. Gegenw., April 1918. — 25. Derselbe, Weitere Erfahrungen mit den Eukupin-Terpentininjektionen bei urologischen Krankheiten. D. m. W., 1919, Nr. 10. — 26. Derselbe, Diagnose und Therapie der Gonorrhoe. M. Kl., 1919, Nr. 13. — 27. Ruete, Zur Frage der Terpentinbehandlung. Derm. Zschr., 1919, Bd. 28, H. 1. — 28. Holzhäuser und Werner, Trichophytin, Vakzine und Terpentin in der Dermatologie. D. m. W., 1918, Nr. 45. — 29. Pöhlmann, Über Diagnose, Verbreitung und Behandlung der Bartflechte. M. Kl., 1919, Nr. 6. — 30. Müller, F. X., Die Behandlung der Trichophytia superf. et profunda mit Terpentineinspritzungen. M. m. W., 1918, Nr. 26. — 31. Löwenfeld und Pulay, Zur Frage der spezifischen und unspezifischen Trichophytie. W. kl. W., 1919, Nr. 19. — 32. Schubert, Erfahrungen mit Terpentininjektionen bei chirurgischen Erkrankungen. Zbl. f. Gyn., 1919, Nr. 24. — 33. Lilienstein, Zit. bei Schubert. Zbl. f. Gyn., 1919, Nr. 24. — 34. Pürckhauer, Therapeutische Erfahrungen mit Terpentineinspritzungen nach Klingmüller bei Gonorrhoe. D. m. W., 1919, Nr. 3. — 35. Zoeppritz, Über die Behandlung entzündlicher Adnextumore mit Terpentineinspritzungen. Zbl. f. Gyn., 1919, Nr. 16. — 36. Michael, Die Behandlung der Bartflechte. Ther. d. Gegenw., 1919, Nr. 10. — 37. Appel, Altonaer ärztlicher Verein, Sitzung vom 29. I. 1919. Ref. Hamburger Ärzte-Korrespondenz, 1919, Nr. 8. — 38. Wederhake, Zur Behandlung des Puerperalfiebers mit Terpenen. Zbl. f. Gyn., 1917, Nr. 34. — 39. Bauereisen, Erfahrungen mit neueren konservativen Behandlungsmethoden bei eitrigen Genitalinfektionen. Med. Gesellschaft zu Kiel. Ref. M. m. W., 1919, Nr. 47. — 40. Karo, Eine weitere Verbesserung der

Digitized by Google

Terpentinbehandlung. M. Kl., 1919, Nr. 29. — 41. Etappenarzt der Et.-Komm. 28, Zit. bei Schubert. Zbl. f. Gyn., 1919, Nr. 24. — 42. Winternitz, Über die Allgemeinwirkung örtlich reizender Stoffe. Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1895, Bd. 35. — 43. Schulz, H., Ein Beitrag zur Kenntnis der Terpentinölwirkung. M. m. W., 1900, Nr. 28. — 44. Bauer, Über die Leukozytose anregende Wirkung subkutaner Terpentinöl-injektionen. Diss., Bern 1898. — 45. Derselbe, Über die Wirkung der sogenannten Fixationsabszesse bei Infektionskrankheiten. Virch. Arch., 1899, Bd. 156. — 46. Riecke, Kriegsdermatologie. D. m. W., 1919, Nr. 12. — 47. Rossbach, Zit. bei Senn. Diss., Genf 1898. — 48. Carles, T., Les abscès de fixation. Thèse, Bordeaux 1902. — 49. Lesieur, Abscès de fixation chez les Typhiques. Soc. des Sc. Méd. Ref. Lyon méd., 1911. — 50. Chantemesse, Zit. bei Detscheff. Thèse, Lyon 1909. — 51. Rost, Über chronische granulierende Entzündungen des Knochenmarks. D. Zschr. f. Chir., 1913, Bd. 125. — 52. Strauss, Über Menthol-Eukalyptolinjektionen. Ther. d. Gegenw., November 1918. — 53. Berliner, Supersan. B. kl. W., 1916, Nr. 20. — 54. Derselbe. Supersan. W. m. W., 1915, Nr. 11. — 55. Derselbe, D. Ärzteztg., 1904, H. 20/21. — 56. Derselbe, B. kl. W., 1910, Nr. 21. — 57. Derselbe, B. kl. W., 1913, Nr. 37. — 58. Derselbe, D. m. W., 1914, Nr. 51. — 59. Derselbe, B. kl. W., 1912, Nr. 9. — 60. Pappenheim und Volk, Die vier Reaktionen bei behandelten Paralytikern. Arch. f. Derm., Bd. 119, S. 284. — 61. Bloch, Kritisches zur Vakzinetherapie der Gonorrhoe, zugleich experimenteller Beitrag zur Begründung der „ableitenden Therapie". Korr.-Bl. Schweiz., 1914, Nr. 44. — 62. Possek, Versuche zur Behandlung luetischer Augenerkrankungen mit unspezifischen Heilmethoden. W. kl. W., 1919, Nr. 29. — 63. Schmidt und Kraus, Proteinkörpertherapie bei Tuberkulose. M. Kl., 1919, Nr. 21. — 64. v. Szily und Stransky, Abortive Chemotherapie akuter Augenblennorrhoe. M. m. W., 1919, Nr. 2. — 65. Gerhardt, Über günstige Beeinflussung chronischer Erkrankungen durch interkurrente Infektionskrankheiten. Mitt. Grenzgeb., 1912, Bd. 25. — 66. v. Kopff, Zit. bei Gerhardt. Ebenda. — 67. Hauffe, Gelenkrheumatiker ohne Salizylpräparate behandelt. Ther. d. Gegenw., Februar 1906. — 68. Luithlen, Abortive Chemotherapie akuter Ophthalmoblennorrhoen. M. m. W., 1919, Nr. 16. — 69. Hoffmann, F. A., Zit. bei Hauffe. Ther. d. Gegenw., 1906. — 70. Schmidt, R., Über Proteinkörpertherapie und über parenterale Zufuhr von Milch. M. Kl., 1916, Nr. 7. — 71. Müller, R., Über „Milchtherapie". D. m. W., 1918, Nr. 20. — 72. Antoni, Die Aolanbehandlung des weichen Schankers und entzündlicher Bubonen. M. m. W., 1919, Nr. 27. — 73. Reese, Die Aolanbehandlung der Hautpilzerkrankungen. M. m. W., 1919, Nr. 27. — 74. Weichardt, Über Proteinkörpertherapie. M. m. W., 1918, Nr. 22. — 75. Starkenstein, Proteinkörpertherapie und Entzündungshemmung. M. m. W., 1919, Nr. 8. — 76. Bruck, Über spezifische Diagnose und Behandlung der Gonorrhoe. Hamburger Ärzteverein, Sitzung vom 2. XII. 1919. — 77. Sachs, Zit. von Bruck. Ebenda. — 78. Meyer, F. M., Wie sollen Bartflechten behandelt werden? Ther. d. Gegenw., April 1916. — 79. Schittenhelm, Zur Proteinkörpertherapie, M. m. W., 1919, Nr. 49.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Notizen zur Anatomie einiger Jagdtiere des Sudan, von Hermann von Schrötter. (Sonderabdruck aus Tagebuchblätter einer Jagdreise weil. d. Prinz Georg Wilhelm, Herzog zu Braunschweig. Sternmüller, Wien 1915.) Die Daten beziehen sich auf das Nilpferd, die Giraffe sowie die histologische Untersuchung eines besonderen Organes der Antilope, einer beim White eard cob vorkommenden Hauttasche und eines besonderen Organes beim Tiang. Näheres im Original. O. Gans-Heidelberg.

Zur Morphogenese des Epikanthus und der Faltenbildungen der Haut in der Nasenwurzelgegend, von A. Forster-Straßburg i. E. (Anat. Anz., Bd. 52, H. 3/4.) Die Entwicklung der Mongolenfalte, weiterhin des Epikanthus und seiner Abarten (der Hautfalten auf den Seitenteilen des Nasenrückens und auf dem Nasensattel) kennzeichnet sich in keiner Weise als ein Rückschritt in der Entfaltung des Schädels und der Kopfweichteile oder als eine Disharmonie der einzelnen Schichten in regressivem Sinne, sondern als ein Fortschritt von dem primitiven Entwicklungsstadium, der originären Dolichozephalie zur sekundären Kurzköpfigkeit mit Abflachung der Arcus superciliares bei noch zurückgebliebener Nasenentwicklung. O. Gans-Heidelberg.

Digitized by Google

Bakteriologie.

Ein aus einem pustulösen Ausschlag gewonnener, säurefester Bazillus, von L. Cobbett-Cambridge. (Brit. m. J., 17. VIII. 1918, Nr. 3007) Der hier beschriebene Mikroorganismus unterscheidet sich, soweit Verf. feststellen konnte, von allen bisher bekannten Bazillen, wenn er auch einige Übereinstimmung mit dem Fischtuberkelbazillus aufweist. Gewonnen wurde er von einem im Felde am Fuße verwundeten 24jährigen Soldaten, der längere Zeit in Behandlung war und zweimal am verletzten Fuße operiert werden mußte. Als Verf. den Fall zu sehen Gelegenheit hatte, bestand schon seit 8 Monaten ein pustulöser Ausschlag von nicht besonders charakteristischer Art mit teils sehr tief sitzenden Läsionen in verschiedenen Größen bis zu etwa einem Zoll im Durchmesser. Im Eiter waren mikroskopisch keine Mikroorganismen zu finden, aber Kulturen auf Agar, Blutagar und Eiweißagar führten zur Entwicklung von rahmfarbenen Kolonien von schlanken Bazillen, welche sich nach Gram gut färbten und auch bei Färbung mit Karbolfuchsin sich als säurefest erwiesen. Wegen weiterer Einzelheiten sei auf das Original verwiesen. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Feststellung des Wertes polyvalenter Extrakte für die Serodiagnose der Rotzkrankheit mittels Komplementablenkung nebst Beobachtungen über das Schwinden rotzspezifischer, ablenkender Substanzen, von W. Pfeiler und Fr. Gräfe-Bromberg. (Zbl. f. Bakt. usw., Bd. 83, H. 6.) Die Komplementablenkung bei Verwendung polyvalenten Extraktes zeigt weit genauere bzw. noch positive Ergebnisse, wo bei Verwendung monovalenten Extraktes schwächere bzw. keine Reaktionsausschläge mehr erzielt werden; d. h. daß die Erkennung rotzkranker Pferde, wenn die allgemein üblichen Methoden allein für die Diagnose dienen, bisweilen die Verwendung polyvalenten Extraktes bei der Komplementablenkung notwendig erscheinen läßt. Ebenso ist in besonderen Fällen das Schwinden rotzspezifischer, ablenkender Substanzen einwandfrei erwiesen. O. Gans-Heidelberg.

Ein neuer Parasit beim Soor, von A. Pijper-Bethal, Transvaal. (Journ. trop. med. a. hyg., 1. VIII. 1917, Bd. 20, Nr. 15.) Bei einem 4 Monate alten Kinde beobachtete P. nebst anderen Krankheitssymptomen eine Aussaat von Soorflecken, welche sich durch ihre gelbliche Farbe von der üblichen Form unterschieden. Auf Sabouraudschem Nährboden wuchs eine ohne Schwierigkeit abgehobene Kolonie der Schleimhaut in reichlicher Menge aus, und Abimpfungen gediehen auch auf Kartoffel und weniger gut auf Agar und Gelatine. Unterm Mikroskop fanden sich an Aufstrichpräparaten hefeartige Zellen, welche sich durch Knospung weiter entwickelten, und auch Myzelfäden von variabler Dicke teils mit, teils ohne Seitenäste. Verf. klassifizierte den Parasiten als Monilia rugosa nach Castellani, und dieser bestätigte die Diagnose. Verf. ist aber zu der Ansicht gelangt, daß es sich hierbei nicht um eine eigentliche Monilia handelt, sondern um einen zu den Askomyzeten und, genauer, zu den Karpoaszeen gehörigen Pilz handelt, und begründet diese seine Meinung durch Abbildungen und verschiedene Einzelheiten des Wachstums. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Vorkommen von Spirochäten im Urin bei Fällen von „Fieber unbekannten Ursprungs", von S. W. Patterson. (Brit. m. J., 29. IX. 1917, Nr. 2961.) Unter „Fieber unbekannten Ursprungs" oder „French fever" sind Fälle beschrieben, welche ungefähr dem Wolhynischen Fieber entsprechen. Verf. hat bei einigen solchen Fällen sowie bei einigen Nephritikern und sonstigen Patienten den Urin auf das Vorhandensein von Spirochäten untersucht und bei 25 Fällen positive Resultate erhalten. Der Urin wurde mindestens 10 Minuten lang zentrifugiert und im Aufstrich entweder mit schwarzer Tusche oder unter Färbung mit Tannin-Karbolfuchsin oder, was bessere Bilder ergibt, mit Tannin und Silbernitrat nach Fontana gefärbt. Diese Spirochäten sind etwa $1^1/_2$mal so groß wie ein rotes Blutkörperchen, sie sind sehr dünn und haben zugespitzte Enden. Man erkennt an ihnen 5—8 Windungen. Sie sind bald gerade gestreckt, bald gebogen und halbkreisförmig. In einer schematischen Abbildung sind neben den in der Urethra anzutreffenden Spirillen zwei Formen abgebildet, von denen die eine von akuten Fieberfällen, die andere von der rezidivierenden Form herrührt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Vorkommen von Spirochäten im Urin, von J. L. Stoddard. (Brit. m. J., 29. IX. 1917, Nr. 2961.) Im Urin sind Spirochäten gelegentlich bei Patienten mit Febris recurrens angetroffen worden, und Verf. hatte auch Gelegenheit, bei einem an Nephritis und Rückfallfieber leidenden Kranken solche Gebilde festzustellen. Es fiel

Digitized by Google

dabei aber auf, daß von dem in getrennten Portionen entleerten Urin die erste 10—20mal so viele Spirochäten enthielt wie die letzte. In der Annahme, daß es sich hierbei doch wohl um saprophytische, in der Urethra beherbergte Parasiten handeln dürfte, untersuchte S. daraufhin 100 Männer, 50 Insassen des Militärhospitals und 50 gesunde, frisch zum Militärdienst eingetroffene Individuen. Abgesehen von Spirochaeta refringens ergaben 33% der Untersuchten das Vorhandensein von nichtpathogenen Spirochäten um und in der Harnröhre; bei Einschluß des Refringenstypus steigerte sich der Prozentsatz auf 44%. Das Material wurde mit der Platinöse teils von der Umgebung der Harnröhrenmündung, teils aus dem oberen Drittel der Harnröhre selbst entnommen. Von Farbmitteln wurden namentlich die Gerbsäure-Karbolfuchsinmethode, aber auch das Verfahren nach Fontana, Giemsa, mit Tusche und nach Romanowsky verwandt. Philippi-Bad Salzschlirf.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Hautkrankheiten mit Beteiligung der Augen, von W. B. Weidler. (N. Y. State d. med., Oktober 1917.) Von den Dermatosen, welche zur Miterkrankung der Augen leicht Anlaß geben, sind die wichtigsten die Rosazea, Ekzem, Lepra, Lupus erythematodes, das indurierende Ödem am Gesicht, der Pemphigus und die Blepharochalasis. Letztere stellt allerdings eine speziell auf die Augenlider beschränkte Affektion dar und kann auch unabhängig von sonstigen Dermatosen auftreten. Wie an zwei kurz mitgeteilten Fällen dargelegt wird, beginnt das Leiden mit einer starken ödematösen Anschwellung des subkutanen Bindegewebes des oberen Lides und anscheinender Verdünnung der kutanen Decke. Im Laufe der Zeit vergeht das Ödem, und die abnorm gedehnte Kutis hängt sackförmig vor die Kornea herunter. Von der Rosazea kann eine oftmals sehr hartnäckige Keratitis herrühren. Ebenso bewirkt Lepra zuweilen eine parenchymatöse Keratitis, oder auch es entstehen kleine Lepromata auf der Kornea. Auch die Iris wird zuweilen affiziert gefunden, aber die gewöhnlichste Form der leprösen Augenerkrankung betrifft die Bindehaut. Lupus erythematodes kann, wie Verf. an einem ziemlich ausführlich mitgeteilten Falle darlegt, zu einer sehr hartnäckigen Form von Blepharitis führen; ebenso sind die Lider vorwiegend gefährdet bei dem indurierenden Ödem des Gesichts, während sehr schwere Prozesse an Bindehaut und Kornea sich bekanntlich im Anschluß an Pemphigus einstellen können.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Krankheit und Diagnose, von H. Head-London. (Brit. m. J., 29. März 1919, Nr. 3039.) In mancherlei Hinsicht bedürfen die bei den verschiedenen Erkrankungen gestellten Diagnosen der Ergänzung und der Berichtigung, indem teils die ätiologischen Momente, teils anatomische und funktionelle Seiten noch ungenügend berücksichtigt werden; die von H. hierbei angeführten Beispiele stammen aber aus dem Gebiet der inneren Medizin und berühren weniger das dermatologische Gebiet.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Milz und Leber in ihrer Bedeutung für den Blutabbau, von M. B. Schmidt. (Sitzungsber. d. Phys.-med. Gesellsch., Würzburg 1916.) Das Interessante der erwähnten Tatsachen liegt darin, daß man danach die Milz weniger als ein spezifisches Organ, denn als Hauptrepräsentanten einer Zellart resp. eines Gewebes betrachten muß, welches auch an anderen Stellen des Körpers vorkommt, ähnlich etwa wie es bei dem Nebennierenmark für das chromaffine Gewebe der Fall ist. Manche Funktionen der Leber sind vielleicht nicht auf die Leberzellen selbst, sondern auf die Kupfferschen Sternzellen zu beziehen. O. Gans-Heidelberg.

Mitralinsuffizienz und Raynaudsche Krankheit, von J. Chalier. (Presse med., 1918, Nr. 51.) Ein Zusammenhang zwischen Herzfehlern und Raynaudscher Krankheit ist von anderer Seite schon angenommen worden. Verf. bestätigt diese Auffassung auf Grund seiner Beobachtung bei sechs Fällen, welche alle im Verein mit Raynaudscher Krankheit eine Schrumpfung der Mitralklappe aufwiesen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Hautveränderungen bei Nephritis usw., von S. Herxheimer und W. Roscher. (M. m. W., 1918, Nr. 52.) Bei Kriegsnephritis, Weilscher Krankheit und Wolhynischem Fieber sind Hautbefunde erhoben, bei denen es sich untereinander um das gleiche handelt: kleine, sich an Kapillaren und kleine Hautgefäße anschließende Entzündungsherde. Irgend etwas Charakteristisches oder Typisches besitzen sie nicht, haben somit auch keinen diagnostischen Wert. S. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Die therapeutische Wirkung von Kharsioan und Neokharsioan bei nichtsyphilitischen Erkrankungen, von G. S. Taylor-Liverpool. (Brit. m. J., 19. Oktober 1918, Nr. 3016.) Mit den englischen Ersatzmitteln für Salvarsan und Neosalvarsan hat T. sehr günstige Resultate bei einigen Fällen nichtsyphilitischen Ursprungs gehabt. Er berichtet über je einen Fall von tuberkulösen Hautgeschwüren, von Lupus mit tuberkulösen Drüsenschwellungen, Sykosis und von rezidivierendem Ekzem mit Blepharitis. Bei allen war der Erfolg, wie sich aus den kurz mitgeteilten Krankengeschichten ergibt, erstaunlich günstig, Verf. setzt seine Versuche an einem größeren Material weiter fort.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Azetoform, von Mindack-Frankfurt a. M. (B. kl. W., 1918, Nr. 32.) Azetoform ist eine komplexe Aluminiumverbindung, bestehend aus essigsaurer Tonerde und Zitronensäure in Verbindung mit Hexamethylentetramin. Es kommt in den Handel als Pulver, Tabletten, als 5%iges Azetoformpuder und 5%ige Azetoformsalbe. Therapeutisch in Betracht kommt die $^3/_4$—1%ige Lösung zu Scheidenspülungen, feuchten Verbänden, Gurgelungen, die Salbe bei Brandwunden, Erfrierungen, Frostbeulen, der Puder als austrocknendes Mittel bei Ekzemen und Geschwüren. Verf. hält das Mittel für einen vollwertigen Ersatz der essigsauren Tonerde und ihr in vielen Beziehungen bedeutend überlegen.
E. Klemm-Leipzig.

Über Diathermie und die Grenzen ihrer Wirksamkeit, von Ernst Tobias. (B. kl. W., 1918, Nr. 34). Bericht über eigene und die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen. Hier interessiert, daß man allgemein für die Behandlung der Blennorrhoe mit Diathermie zu nicht sehr ermutigenden Resultaten gekommen ist. Auch bei blennorrhoischer Gelenkentzündung sollen die Erfolge mit Diathermiebehandlung genau so unbefriedigend gewesen sein wie bei der Behandlung mit anderen physikalischen Heilmethoden. Hingegen hat Verf. Erfolge bei Induratio penis plastica gehabt. Bei Lupus und anderen Hauterkrankungen ist vielfach in der Literatur von aussichtsvollen Erfolgen die Rede.
E. Klemm-Leipzig.

Die Behandlung von Hautkrankheiten mit Terpentinöl (nach Klingmüller), von Fritz M. Meyer-Berlin. (B. kl. W., 1918, Nr. 37.) Verf. bediente sich einer 20%igen Terpentinlösung in Erdnußöl, begann mit intraglutäaler Einspritzung von 0,5 ccm um je $^1/_2$ ccm zunehmend bis 2 ccm in Intervallen von 3 bis 4 Tagen. Er bezeichnet die Behandlung als nicht sehr schmerzhaft und ohne Nebenwirkungen und erblickt in ihr einen Fortschritt insofern, als es gelingt, mit ihrer Hilfe Dermatosen, bei denen eine Eiterung im Vordergrund des Krankheitsbildes steht, günstig zu beeinflussen. Insbesondere gilt dies für die tiefen Bartflechten, aber auch die Furunkulosen und in manchen Fällen die Unterschenkelgeschwüre stellen ein dankbares Behandlungsobjekt dar. Bei weiteren Krankheiten, bei denen Terpentin versucht wurde, war der Erfolg nur in einem Falle von schweren Frostbeulen beider Handrücken ein offensichtlicher. Verf. verspricht sich den größten Nutzen von der Methode, wenn sie in Zukunft mit der bisherigen Medikation, besonders mit der Strahlenbehandlung, kombiniert wird.
E. Klemm-Leipzig.

Tödliche Vergiftung nach Behandlung der kindlichen Krätze mit β-Naphthol nebst Ausführungen über das Wesen der Naphtholvergiftung, von Leopold Bürger. (B. kl. W., 1918, Nr. 43.) Bericht über vier Fälle, von denen drei genasen, während eines der Kinder, sieben Jahre alt, unter schweren Vergiftungserscheinungen zugrunde ging. Eingerieben worden war eine 15%ige Salbe. Für ein wesentliches Symtom der akuten Naphtholvergiftung hält Verf. zunächst die Reizung des Nervensystems, die sich in Unruhe, Erbrechen, Delirien und schließlich in schweren Krämpfen kundgibt. An das Reizstadium schließt sich ein Lähmungsstadium an, das unter zunehmender Somnolenz zum Tode im tiefsten Koma führt. Daneben ist besonders nach häufigen kleinen Dosen, also bei chronischer Vergiftung, gelegentlich toxische Schädigung der Netzhaut, der Uvea und der Linse beobachtet worden, weiter, oft erst längere Zeit nach Ablauf der akuten Erscheinungen, Entzündung der harnableitenden Wege und der Nieren, gelegentlich Blutungen unter der Haut, besonders von Rumpf und Gliedmaßen.
E. Klemm-Leipzig.

Über Glyzinal, ein neues Glyzerinersatzmittel, von K. Herxheimer und E. Nathan. (B. kl. W., 1918, Nr. 44.) Den Verff. erwies sich das Glyzinal bei fast allen Anwendungsformen der meisten in der Dermatologie üblichen Medikamente als

Digitized by Google

brauchbar. Es mischt sich mit Wasser und Alkohol in jedem Verhältnis. Erschwerend wirkt der hohe Preis, der der Herstellung von Schüttelmixturen, sofern diese auf größeren Partien des Körpers aufgetragen werden sollen und daher größere Mengen erfordern, entgegensteht. Dagegen können Glyzerinspiritus, -salbe und -linimente eher mit Glyzinal hergestellt werden. E. Klemm-Leipzig.

Die therapeutische Wirkung von Kolloidpräparaten, von M. Morris-London. (Brit. m. J., 12. Mai 1917, Nr. 2941.) Verf. berichtet kurz über die Vorzüge der Kolloidverbindung von einigen Medikamenten und rühmt für diese Form der Zusammensetzung sowohl therapeutische Wirksamkeit und Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen als auch Vermeidung größerer Unkosten. Er bespricht namentlich die Verbindungen von Silber, Jod und Schwefel. Bei ersteren fällt besonders angenehm das Fehlen der Schmerzwirkung auf, welche man sonst an Silberpräparaten gewohnt ist. Suppositorien mit Kolloidsilber waren bei Prostataaffektionen besonders nützlich. Umschläge mit dem Mittel brachten guten Erfolg bei Ekzema ani, Pruritus ani, Bromidrosis und bei Warzen. Jodkolloid war bei verschiedenen Ekzemen, bei Pernionen und bei Lupus erythematodes wirksam, und Schwefelkolloid kam bei Akne, bei Seborrhoe und Rosazea u. a. zur Geltung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Sterilisierung der Haut und anderer Oberflächen durch eine Mischung von Kristallviolett und Brillantgrün, von V. Bonney und C. H. Browning. (Brit. m. J., 18. Mai 1918, Nr. 2994.) Die Vorschrift zur Bereitung dieses offenbar sehr brauchbaren Desinfektionsmittels lautet: Man stelle sich eine 1%ige Lösung von gleichen Teilen der beiden Mittel, Kristallviolett und Brillantgrün, her, indem man zunächst das Pulver in unverdünntem Spiritus auflöst und alsdann mit Wasser zu gleichen Teilen auffüllt. Das Brillantgrün muß frei von Zinksulfat sein; das Kristallviolett kann Hexa- oder Pentamethylviolett oder eine Mischung von beiden sein. Zur Vorbereitung bei Operationen wird sechs Stunden vor der angesetzten Zeit das Operationsfeld mit der Lösung eingepinselt und mit einer in der Lösung getränkten Kompresse unter wasserdichtem Abschluß bedeckt. Das Verfahren ist auch für empfindliche Teile, wie Vulva und Vagina, anwendbar. Außer der dunkeln Verfärbung, welche sich durch Eusol oder sonstige Lösung von Hypochlorit beseitigen läßt, hat das Mittel keinerlei Nachteile. Die desinfizierende Wirkung wurde durch bakteriologische Proben und durch ausgiebige praktische Anwendung bewiesen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Wert der Ionisierung zur Behandlung gewisser Arten von Gesichtsnarben, von H. S. Carter und A. D. E. Shefford. (Brit. m. J., 22. Februar 1918, Nr. 3034.) Auf Grund ihrer Erfahrungen bei 24 in Umrissen mitgeteilten Fällen empfehlen Verff. die elektrolytische Anwendung des konstanten Stromes als ein wirksames Mittel zur Erweichung und Lösung ausgedehnter Narben der Haut und der subkutanen Gewebe. Der von ihnen benutzte Apparat wurde an die Starkstromleitung mit einem Transformator angeschlossen, so daß sie mit einem Gleichstrom von 100 Volt arbeiteten. Die Elektroden waren aus Zink und hatten eine Größe von etwa zwei Quadratzoll (etwa 12 qcm). Zwischen Platten und Haut werden nicht zu kleine Lintstücke in 16 bis 24facher Schicht gelegt; die Kompressen der negativen Elektroden werden mit der zur Ionisierung bestimmten Lösung getränkt, wozu Verff. vorwiegend NaCl, aber auch TK oder Natr. salicylic. zu 1—2% in heißem destilliertem Wasser gebrauchten. Für die positive Elektrode setzt man auch zweckmäßig dem Wasser eine Spur NaCl zu. Der Strom wird anfangs schwach genommen, aber allmählich gesteigert bis auf 15 und 20 MA, je nachdem die Empfindlichkeit des Patienten es zuläßt. Die Sitzungen dauern 30 bis 50 Minuten und werden je nach der Reaktion täglich oder alle zwei Tage wiederholt. Es werden im allgemeinen 15 bis 25 Sitzungen gegeben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die natürlichen Mineralwässer mit Jodzusatz in bezug auf ihre antiseptischen und zytophylaktischen Eigenschaften, von G. Billard-Clermont-Ferrand. (Presse méd., 1918, Nr. 56.) Bei Ulcera cruris hat Verf. gute Resultate erzielt, indem er heiße Lokalbäder entweder mit einer 0,9%igen Lösung von Badesalz oder mit Wasser der Heilquellen von Vichy nehmen ließ, immer mit einem Zusatz von 20,0 Jodtinktur auf 10 Liter Badewasser. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Kupfersulfat in der Therapie, von de Hézain. (Presse méd., 1918, Nr. 60. Im Laufe von etwa $1^1/_2$ Jahren hat Verf. ausgiebige Verwendung von Kupfersulfat sowohl auf dermatologischem Gebiet wie auch bei inneren Erkrankungen und chirurgischen Fällen gemacht und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Er gebrauchte das Mittel teils in Salbenform, teils als Streupulver (2—20 g auf 1 kg Talkum), in Lösung für Bäder

Digitized by Google

und Umschläge und teils auch innerlich in Pillenform und fast am meisten als intravenöse Injektion, wozu Ampullen von 5 ccm Inhalt einer 0,5%igen Lösung in destilliertem Wasser dienten. Injiziert wurden 5—10 ccm täglich einmal oder auch zweimal täglich und dies 8—14 Tage fortgesetzt. Schädigungen kamen nicht vor. Die Salben wurden als starke zu 2% Kupfersulfat mit Zinkoxyd (15%) und Lanolin (10%) und Vaselin oder als schwache zu 0,2% Sulfat bei gleichen Mengen der übrigen Bestandteile. Die starke Salbe kam zur Verwendung bei Favus, Trichophytien, Papillomen, seborrhoischem Ekzem, Ekthyma, Furunkulose und Anthrax, Ulcus molle u. a. Die schwache Salbe erwies sich nützlich bei Rosazea, Sykosis, Impetigo, bei komplizierter Skabies, Ulzera usw. In Pulverform wurde das Salz gebraucht in starker Konzentration bei weichem Schanker und chirurgischen Wunden, in schwacher Form bei feuchten, nicht infizierten Flächen, bei Ekzem, Verbrennungen u. a. Die wässerigen Lösungen wurden in einer Konzentration von 0,1 : 1000 und 0,25 : 1000 bzw. in gesättigter Form von 1,0 : 20 gebraucht. — Namentlich bei Acne juvenilis waren Umschläge mit schwacher Lösung neben Bestreuen mit mildem Puder nützlich. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Sterilisierung der Wunden durch Ionisierung in einer einzelnen Sitzung, von M. Parin. (Presse méd., 1918, Nr. 63.) Bei Kriegsverletzten auch mit sehr großen Wunden hat Verf. vollständige Desinfektion und glatte Heilung per primam erzielt, indem er nach dem Vorgange Leducs und Thiels das Wundgebiet mit einer Zinksulfatlösung ionisierte. Nach Anästhesierung durch lokale Itovaininjektion oder vom Rückenmark aus wird das Wandgebiet mit 10—12 Lagen Gaze bedeckt; die gesunde Haut der Umgebung wird mit einer genau den Wundrändern angepaßten Lage von Guttapercha bedeckt und die Gaze mit der Zinklösung eventuell mit Kupfersulfatlösung getränkt. Hierauf kommt die positive Elektrode; die möglichst große negative Elektrode wird beliebig am Körper appliziert. Den mit der nötigen Vorsicht eingeschalteten Strom steigert man auf 15, 20 und 25 MA und läßt bei größerer Stärke 15 Minten, bei geringerer Stärke 20, 25 und 30 Minuten einwirken. Bei 15 so behandelten Fällen waren die Resultate ausgezeichnet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die antianaphylaktische Behandlung des Asthmas und gewisser Dermatosen, von J. Danysz. (Presse méd., 1918, Nr. 40.) Verf. stellte sich aus der Darmflora von Patienten eine Vakzine her durch einfache Züchtung auf Gelatine und Sterilisierung der entstandenen Kolonien. Es wurden drei Fälle von Psoriasis sehr erfolgreich auf diese Weise behandelt, während ein vierter Patient, der die Injektion ablehnte und die Vakzine per os nahm, keinen Erfolg erzielte. Weiter hatte Verf. ein vorzügliches und schnell einsetzendes Resultat bei einem Fall von perianalem Ekzem und einem Fall von sog. Beduinenkrätze von 14jähriger Dauer. Es handelte sich bei letzterer um einen universellen Ausschlag mit heftig juckenden kleinen Knötchen am ganzen Körper, welcher nicht von Sarkoptes herzurühren scheint. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Einfluß gewisser Medikamente auf orthostatische Tachykardie und Dermographie, von S. Kjelland-Mördre-Christiania. (Ark. inn. Med., Nord. m. Ark., Bd. 51, H. 6, Nr. 22.) Von der Voraussetzung ausgehend, daß diese beiden Erscheinungen von einem Einfluß des Sympathikussystems abhängig sind, hat Verf. an einer Reihe von Rekonvaleszenten die Wirkung von Atropin und Adrenalin (bei subkutaner Injektion von je 0,001) in dieser Hinsicht studiert. Aus dem kurzen Bericht ist zu entnehmen, daß Atropin die Pulsfrequenz recht erheblich steigerte, während das Adrenalin die Wirkung zeigte, die Dauer der Dermographie (bei sechs Patienten) sehr erheblich zu vermindern und um je 18—150 Minuten herabzusetzen. Dies würde darauf hindeuten, daß wir es bei der Dermographie mit einer gewissen Labilität des Sympathikus zu tun haben, da dieser auch sonst auf Adrenalin sehr lebhaft reagiert.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Wundbehandlung, von F. Hammer-Stuttgart. (Württ. med. Korr., 1915.) Die Hauptaufgabe des Wundverbandes ist es, äußere Reize fernzuhalten und Ruhigstellung zu sichern. Um die Wunde nicht mit dem Finger zu berühren, wurden sterilisierte, mit Watte umwickelte Holzstäbchen benutzt. Unter Umständen kann man offene Wundbehandlung durchführen, wobei die Wundstelle durch mit Mastix aufgeklebte Filzringe gegen Berührung der Kleidung und des Bettes geschützt wird. Ist einmal mit Kunsthilfe begonnen, so kann nicht wieder auf Naturhilfe zurückgegriffen werden. Das Hauptprinzip ist, der Wunde gewisse Feuchtigkeitsgrade zu verschaffen, die der Entwicklung der Entzündungs- und Eitererreger ungünstig sind. Um Anhäufung von Wundsekreten unter einer trockenen Schicht im Verbande zu verhindern, wird über

Digitized by Google

mehreren Lagen Gaze Vaselinezinkpaste aufgelegt. Die Befestigung des Verbandes auf der Wunde geschieht mit Mastixlösung; die primären Pinselungen mit Jodtinktur haben oft Reizungen der Haut unter dem Verbande zur Folge. Die Häufigkeit des Verbandwechsels ist Sache der Erfahrung. Wunden mit zermalmten, zerfetzten Geweben werden durch Spreizfedern oder geröstetes Sägemehl (Skobitost) offen gehalten. Gazestreifen sind mit Vorsicht anzuwenden, damit sie nicht verstopfen. Das Bild der Friedensphlegmone mit starken Entzündungserscheinungen wurde vermißt, dafür rasch fortschreitende Nekrose der Gewebe und enorme Eiterung, ebenso war Lymphangitis selten. Bei nekrotisierender und eitriger Entzündung kam Skobitost mit 10% Jodoformzusatz zur Verwendung, ferner Umschläge mit essigsaurer Tonerde, denen zur Vermeidung der Mazeration der Haut 25—75% Spiritus zugesetzt werden muß, wodurch auch am besten der Gestank der sich zersetzenden Wundsekrete bekämpft wird; sie sind zweimal täglich zu wechseln. Der Eiterabfluß ist durch Dränageröhren zu sichern. Verletzungen der Kopfschwarte müssen von Anfang an weit offen gehalten werden. Die in Hyperämie und Exsudation sich äußernden Heilbestrebungen des Körpers können unterstützt und gesteigert werden durch Glühlampenbestrahlung, Heißluftstrom (Föhn), künstliche Höhensonne. Bei zögernder Überhäutung direkte Bedeckung mit durchlöchertem Zinkpflaster. E. Levin-Berlin.

Schweres Krankheitsbild nach Injektionen mit unreinem Paraffin, von Müller. (D. m. W., 1919, Nr. 2.) M. hat nach Einspritzung von verunreinigtem Paraffin, das zur Aufschwemmung mit Hydrarg. salicyl. verwendet wurde, in 12 Fällen sehr unangenehme Nebenwirkungen (hohes Fieber, starke Schmerzen infolge einer brettharten Schwellung der Glutäalgegend, Abszeßbildung, Hämaturie und Erbrechen) auftreten sehen, so daß die Patienten durchschnittlich 3—3½ Wochen arbeitsunfähig waren. Die Untersuchung des Präparates ergab, daß die Apotheke nicht reines Paraffin, sondern ein „Kriegspräparat" verwandt hatte, was sich schon äußerlich durch die weniger ölige Beschaffenheit und den terpentinartigen Geruch kennzeichnete.

E. Brinitzer-Altona.

Trichophytin, Vakzine und Terpentin in der Dermatologie, von Holzhäuser und Werner. (D. m. W., 1918, Nr. 45.) In einer nicht gerade sehr kritisch anmutenden Arbeit wird Trichophytin für die tiefen Bartflechten, Vakzinebehandlung für die Furunkel und Terpentin als „das souveräne Mittel" für die impetiginösen Hauterkrankungen und für die Beingeschwüre, namentlich auch die artefiziellen, empfohlen.

E. Brinitzer-Altona.

Tödliche Quecksilbervergiftung nach antivariköser Sublimatinjektion, von Hammer. (D. m. W., 1919, Nr. 2.) Der Fall betraf eine 36jährige Frau. Wie bei anderen Metallverbindungen ist es wohl auch hier die Beteiligung der Niere gewesen, die zum Tode geführt hat. Vielleicht bestand schon vorher ein Erkrankungszustand der Nieren. Leider war der Urin nicht vorher untersucht worden. Jedenfalls muß auch dieser Fall zur Mahnung dienen, vor jeder Quecksilberbehandlung den Urin zu untersuchen. Die eingeführte Menge Sublimat (0,01) war äußerst gering.

E. Brinitzer-Altona.

Zur Technik der intravenösen Injektion, von Kache. (D. m. W., 1919, Nr. 30.) Um Blutgerinnung in feinen, engen Kanülen zu verhüten, empfiehlt K. die trockene Kanüle vor der Punktion und vor Einsaugen des zu verabfolgenden Medikamentes mit Paraffinum liquidum durchzuspritzen. Blutgerinnung tritt nur bei benutzbaren Körpern ein, bei Gegenständen jedoch, die mit einer Öl- oder Paraffinschicht überzogen sind, erfolgt sie nicht. Zur Vermeidung einer Embolie ist nach dem Durchspritzen mit Öl oder Paraffin mehrmaliges Durchspritzen von Luft erforderlich, um alles Überschüssige aus Spritze und Kanüle zu entfernen. K. hat bei diesem Vorgehen nie die geringste schädliche Nebenwirkung beobachtet. E. Brinitzer-Altona.

Neues zur Jod- und Bromtherapie, von Bornstein-Berlin. (D. m. W., 1919, Nr. 30.) B. empfiehlt zwei neue Jod- und Brompräparate, Verbindungen dieser beiden Mittel mit organischen Kalksalzen. Unter den Namen Jodcalciril und Bromcalciril werden diese Präparate von der Calciongesellschaft, Berlin W 30, Nollendorfstr. 29/30, in den Handel gebracht. Die Kalkkomponente übt eine wohltätge retardierende Wirkung auf Brom und Jod aus, läßt das Halogen langsamer zur Wirkung kommen, hält es länger im Körper fest, so daß die Wirkung mehr die gewünschte wird, und scheint auch die Nebenerscheinungen bei der Jod- und Brommedikation hintanzuhalten.

E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitisarten.

Dermatitis durch Explosivstoffe bei Luftangriffen, von J. H. Sequeira-London. (Brit. m. J., 4. VIII. 1917, Nr. 2953.) In Ergänzung seiner früheren Mitteilung über diese Erkrankungsform berichtet Verf., daß er im ganzen 51 Fälle dieser Art beobachtet hat, welche alle ziemlich ähnliche Erscheinungen darboten. Zur Linderung des sehr quälenden Brennens und Juckens erwies sich ein Galmeiliniment (Galmei 4,0, Aq. calcis und Ol. olivarum aā 30,0) recht nützlich und ebenso das tägliche Besprühen der affizierten Teile mit einer Lösung von Malachitgrün nach der Formel; R. Malachitgrün 1,0, Hydrargyr. perchlorid. 0,5, Spirit. vin. rect. 100,0. Das schädigende Agens bei diesen Fällen dürfte Hexa-nitro-diphenyl-amin sein, welches neben Trinitrotoluen in den Bomben als Explosivmittel enthalten zu sein scheint. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatitis durch Explosivstoffe, von R. B. Robson. (Brit. m. J., 18. VIII. 1917, Nr. 2955.) Ein Soldat kam zur Aufnahme mit einer sehr schmerzenden, dunkelroten, erythematösen Dermatitis an beiden Nates. Auf Befragen ergab sich, daß er 8 Tage zuvor sich behufs Stuhlentleerung im Freien befunden hatte, als eine Bombe in seiner Nähe explodierte und die entblößte Glutäalgegend von aufgeworfener Erde und wohl auch von beigemengtem Pulver getroffen wurde. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatitis durch Explosivstoffe bei Luftangriffen, von W. J. Tyson-Folkestone. (Brit. m. J., 14. VII. 1917, Nr. 2950.) In ähnlicher Weise wie Sequeira hat T. empfindliche Prozesse gesehen an den Händen von Soldaten, welche mit dem Ausgraben von abgeworfenen Bomben beschäftigt gewesen waren. Am Tage nach der Berührung waren schon die Hände, Gesicht und Füße orangegelb verfärbt, und Bläschen kamen 5—6 Tage später zum Vorschein. Das Gesamtbefinden war auch deutlich gestört. Therapeutische Maßregeln scheinen wirkungslos zu sein, und noch 5 Wochen nach der Erkrankung war eine lebhafte Abschuppung im Gange. H. G. Adamson hat auch 12 Fälle dieser Art zu behandeln gehabt, die in unzweifelhaftem Zusammenhang mit dem aus den Bomben stammenden, in großen Massen ausgestreuten gelben Pulver standen. Teilweise war die Blasenbildung von großem Umfang, bis zu Hühnereigröße. Eintauchen der affizierten Teile in heißes Wasser und Umschläge mit Galmeilösung brachten einige Linderung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatitis durch die bei Luftangriffen verwendeten Explosivstoffe, von J. H. Sequeira-London. (Brit. m. J., 30. VI. 1917, Nr. 2948.) Bei den auf London ausgeführten Angriffen haben die deutschen Flieger in großer Zahl Bomben abgeworfen, welche ein sehr reizendes Pulver enthielten. Verf. hat 14 Fälle von Dermatitis beobachtet, welche durch Berührung damit entstanden waren. Bei 2 Personen waren die Füße affiziert, bei anderen die Hände. Es handelte sich bei allen um ähnliche Erscheinungen: tief orangegelbe Verfärbung der Haut mit einer dichten Aussaat von Bläschen, starker ödematöser Schwellung und lebhaften subjektiven Beschwerden. Bei einigen Fällen entwickelten sich septische Erscheinungen. Bemerkenswert ist dabei noch, daß die Bläschenbildung erst am neunten Tage nach Berührung mit dem Pulver sich entwickelte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatitis nach Berührung mit deutschen Bomben, von J. M. H. Mac Leod-London. (Brit. m. J., 21. VII. 1917, Nr. 2951.) Kurzer Bericht über einen Soldaten, der eine akute Dermatitis der Hände akquirierte, indem er einen deutschen Blindgänger aus der Erde ausgrub. Die Entzündung trat etwa 8 Tage später hervor und heilte in ungefähr 14 Tagen ab. G. W. Sequeira hat auch eine Reihe analoger Fälle beobachtet; bei dem einen betrug die Inkubationszeit bis zur Entwicklung der Dermatitis 14 Tage, bei anderen waren schon am dritten Tage sagokornähnliche Bläschen hervorgetreten. Nur bei einem einzigen Fall war Eiterung entstanden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatitis durch Berührung mit Explosivstoffen, von W. D. D. Small. (Brit. m. J., 4. VIII. 1917, Nr. 2953.) Nach einer Explosion in einem Munitionslager erkrankten etwa ein Dutzend Soldaten, welche mit den Aufräumungsarbeiten beschäftigt gewesen waren, an einer Dermatitis, die zuerst als Cheiropompholyx diagnostiziert wurde. Nachher wurde das Leiden auf die Berührung mit dem verstreuten gelblichen Pulver der Bomben in Zusammenhang gebracht. P. L. Giuseppi-Felixstowe (ebenda) hat einen ganz analogen Fall bei einem Soldaten gesehen, der eine in eine Zysterne herabgefallene Bombe herausholen mußte, wobei auch reichlich verstreutes gelbes Pulver bemerkt wurde. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Serumexanthem und Nirvanolexanthem, von VÖGELE. (D. m. W., 1919, Nr. 22.) Bei einem an Grippepneumonie erkrankten 50jährigen Manne trat 8 Tage nach einer Injektion von 25 ccm Serum antistreptococcicum Höchst ein diffuses Exanthem auf, das, an der Injektionsstelle beginnend, sich hauptsächlich an den Beugeseiten der Vorderarme zeigte. Nach völligem Verschwinden dieses Exanthems und nachdem die akuten Erscheinungen der Pneumonie abgeklungen waren, erhielt Pat. gegen Schlaflosigkeit Nirvanol. Zwei Tage danach begann die Temperatur plötzlich bis über 40° anzusteigen. Trotz des hohen Fiebers war eine gewisse Euphorie bei leichter Somnolenz vorhanden. Das gleichzeitig mit dem Fieber auftretende Exanthem war kleinfleckig und zeigte stärkere Rötung als das Serumexanthem und rief heftigeren Juckreiz hervor. Nach Aussetzen des Nirvanols ging das Fieber mit lytischem Abfall zurück, und das Exanthem verschwand. E. Brinitzer-Altona.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Die Röntgenbehandlung der Hyperhidrosis localis mit harten Strahlen, von FRITZ M. MEYER-Berlin. (B. kl. W., 1918, Nr. 52.) Verf. steht auf Grund seiner Erfahrungen auf dem Standpunkt, daß nur die hochfiltrierte harte Strahlung imstande ist, regelmäßig die Hyperhidrosis zu beseitigen, nicht die mittelweiche, weil bei deren Anwendung Strahlenmengen erforderlich waren, die mit der Erythemdose zusammenfielen, und deshalb zwischen den einzelnen Sitzungen mehrwöchige Pausen eingeschoben werden mußten, in denen die Schweißdrüse Gelegenheit hatte, sich wieder zu erholen, so daß der jeweilig erzielte Erfolg wieder hinfällig wurde. Die Behandlung ist eine langdauernde, meist sind mehrere Bestrahlungsserien zur Herbeiführung der Heilung erforderlich; Besserung selbst weitgehender Art genügt nicht, nur die völlig abgetötete Drüse schützt vor Rückfällen. Folge ist meist eine leichte Sprödigkeit und Rauhigkeit der bestrahlten Haut infolge des Sistierens der Schweißdrüsenfunktion.
E. Klemm-Leipzig.

Beitrag zur Technik bei der Röntgenbehandlung von Pruritus ani, von TAGE SJÖGREN-Stockholm. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1919, Bd. 26, H. 6.) Da die bisher für den genannten Zweck versuchten Stellungen und Lagen unbequem und unzweckmäßig waren, konstruierte Verf. einen Stuhl, in dessen Sitz sich ein ovaler, 14 cm langer, 9 cm breiter Ausschnitt befindet, auf den sich der Patient mit kräftig auseinandergezogenen Hinterbacken setzt; der nicht ausgeschnittene Teil des Sitzes und der Vorderseite ist mit Bleischutz für Skrotum und Unterschenkel versehen. Unter dem Sitz ein verschieblicher Röhrenhalter. Der Stuhl ist ziemlich hoch (1 m), damit der Röntgenologe die richtige Lage der Teile mittels eines darunter gehaltenen Spiegels feststellen kann.
E. Levin-Berlin.

Weitere Erfahrungen in der Radiumbestrahlung des Mundhöhlenkrebses, von ANTON STICKER-Berlin. (B. kl. W., 1918, Nr. 30.) Verf. schickt einige Bemerkungen über die Leukoplakie voraus: Er hat wiederholt Gelegenheit gehabt, Leukoplakie als präkanzeröse Krankheit zu beobachten, fast immer vergesellschaftet mit einer vorher akquirierten Lues, und schließt sich den Autoren an, die die Leukoplakie als eine idiopathische, chronische Affektion, dem Wesen nach eine Keratose, ansehen. Verf. kennt kein dankbareres Feld für die Radiumtherapie als die Leukoplakie der Zunge. Von primärem Zungenkrebs haben sich die Fälle von papillärem Bau der Radiumbestrahlung am zugängigsten erwiesen, gleichviel ob es sich um rezidivierte oder noch nicht operierte handelte, ob die Ausbreitung noch eine beschränkte oder schon ziemlich umfangreiche war. Von Unter- und Oberkieferkrebs hat Verf. 2 Fälle zur Heilung gebracht. Daß das Radium auch die gesunden Nachbargewebe zerstört, wird durch eine richtige Applikationsweise vermieden. Das Mißverhältnis zwischen zerstörenden Strahlen, deren Wirkung auf das Gewebe sich entsprechend der Zunahme der Entfernung abschwächt, und Reizstrahlen, durch die in einem gewissen Abstand eine Wachstumsbegünstigung des Tumors eintritt, kann durch die Länge der Bestrahlung ausgeglichen werden. Weiter kommt hierfür noch in Betracht die Fernbestrahlung, die Verf. bei besonders umfangreichen Tumoren der Brust, des Unterleibes, insbesondere des weiblichen Genitalapparates empfiehlt. Eine Beeinflussung der krebsig erkrankten Lymphdrüsen der Nachbarschaft durch die örtliche Bestrahlung der primären Krebsgeschwulst im Sinne einer Reizwirkung hält Verf. für ausgeschlossen. Vor gleichzeitiger Bestrahlung der Primärgeschwulst und der regionären Lymphdrüsen warnt Verf., weil durch das Radium die Keimzentren der Lymphfollikel zerstört werden, nach Zerstörung der Lymphfollikel aber,

Digitized by Google

deren Aufgabe das Abfangen und die Vernichtung der Geschwulstzellen ist, die Metastasen heranwachsen. Verf. hat deshalb diese Bestrahlungen zweizeitig vorgenommen.
E. Klemm-Leipzig.

Die Therapie der Röntgenhände, von G. Holzknecht. (B. kl. W., 1918, Nr. 49.) Während infolge der irrigen Meinung, daß die durch die Röntgenstrahlen entstandene Erkrankung durch weitere Röntgenbestrahlung nur verschlechtert werden könne und vor ihr peinlich zu behüten sei, die bei den senilen und sonstigen präkanzerösen Bildungen und Epitheliomen geübte Strahlenbehandlung bei den gleichartigen Röntgenkeratosen unterlassen worden ist, hat Verf. gegen 150 Bestrahlungen an ungefähr 50 Keratosen und 10 ulzerierten verschwellenden Epitheliomen ausgeführt und hinsichtlich der ersteren bei allen abgeschlossenen Serien Erfolg gehabt, hinsichtlich der Epitheliome 3 resistente Fälle beobachtet, die entfernt werden mußten. Im Gegensatz zu den verursachenden unfiltrierten Strahlen wurden die therapeutisch erprobten und hautschonenden filtrierten Strahlen angewendet. E. Klemm-Leipzig.

Die Röntgenbehandlung oberflächlicher Dermatosen mit dem 0,5-mm-Aluminiumfilter, von E. Kuznitzky und F. Schaefer. (B. kl. W., 1918, Nr. 39.) Verff. erkennen an, daß eine Filtrierung zur Vermeidung unnötiger Nebenwirkungen wünschenswert ist. Die Bestrahlungstechnik unterscheidet sich von der früheren filterlosen nicht, abgesehen davon, daß die Anfangsdosis eine geringe Erhöhung, von 3 mal auf 5 mal, erfährt. Gegenüber stärkerem Filter erblicken Verff. die Vorteile ihrer Methode darin, daß eine geringere Zahl von Sitzungen erforderlich ist, daß der therapeutische Erfolg in kürzerer Zeit erreicht wird und hauptsächlich in der geringeren Größe der erforderlichen Gesamtdosis. Dosierung: pro Stelle und Dosis im allgemeinen nicht mehr als 5 mal. Gewisse Hautregionen, z. B. das Gesicht wegen seiner größeren Empfindlichkeit, der behaarte Kopf wegen der Gefahr der Epilation, die Kinderhaut usw. nur je 3 mal, ebenso universelle Dermatosen. Zwischenpausen mindestens 10, jedoch auch nicht mehr als 14 Tage, Intervall zwischen 2 Behandlungsserien mindestens 4 Wochen.
E. Klemm-Leipzig.

Quarz- und Kohlenlicht in der Behandlung eitriger Erkrankungen der Haut und deren Anhänge, von Becker. (D. m. W., 1918, Nr. 46.) B. empfiehlt das Quarz- und Kohlenlicht sehr für die Behandlung der Furunkel, Karbunkel, Hydrosadenitis suppurativa und Paronychia acuta. E. Brinitzer-Altona.

Die Wirkung der ultravioletten Strahlen auf die Haut und Augen, von F. A. Johns. (Brit. m. J., 11. V. 1918, Nr. 2993.) Im allgemeinen werden nachteilige Wirkungen der ultravioletten Strahlen auf die Haut nicht beobachtet, außer etwa reaktive Rötung, Abschuppung und abnorme Pigmentierung. Die Augen dagegen erleiden oft eine sehr unangenehme Reizung mit starkem Tränenfluß und Konjunktivitis. Alle vom Verf. versuchten Schutzbrillen haben sich ihm als unzulänglich erwiesen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Biochemische Wirkungen des Lichts, von Fritz Schanz-Dresden. (Arch. f. d. ges. Physiologie, Bd. 170.) Die mitgeteilten Untersuchungen sind dem Verf. eine Bestätigung seiner Ansichten über die Wirkung des Lichtes auf die Eiweißkörper. Die Eiweißkörper erleiden direkte Veränderungen durch das Licht, und Stoffe, die sich im Körper bilden, und solche, die ihm zugeführt werden, sind imstande, diesen Prozeß zu beeinflussen. Näheres im Original. O. Gans-Heidelberg.

Hygiene der Haut und Kosmetik.

Bäder und das Baden; ein Vergleich zwischen britischen und tropischen Methoden, von J. Cantlie. (Journ. trop. med. a. hyg., 15. XII. 1917, Bd. 20, Nr. 24.) Die Gepflogenheit des täglichen Badens ist erst seit zwei Generationen in England üblich, und Verf. meint, daß die vielfach dabei zu beobachtenden Übertreibungen nicht genügend beachtet werden, so daß schädliche Nachwirkungen in der Folge nicht ausbleiben dürften. Sowohl was die warmen und heißen Bäder als auch was die abhärtenden kalten Bäder betrifft, sind Schädigungen nachweisbar. Verf. findet die im fernen Osten übliche Methode einer einfachen warmen Abspülung mit nachfolgender kalter einer ausgedehnten Nachahmung wert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Händedesinfektion und Händereinigung in ihrer Bedeutung zur Verhütung von Krankheitsübertragungen, von Hans Landau-Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh., Bd. 28, H. 1.) Die 0,1%ige Sublimatlösung, die zudem unsere weitaus billigste Desinfektionslösung ist, verdient durchaus die hervorragende Stellung, die ihr

Digitized by Google

insbesondere Flügge für die hygienische Händedesinfektion zugesprochen hat. Für die Praxis bietet die Anwendung einer Bürste, die in vielen Fällen, insbesondere in der Wohnung eines Kranken oder Bazillenträgers, schon wegen der Schwierigkeit der Bürstenreinigung unbequem ist, zum mindesten keinen Vorteil. Bei vorhergehender Seifenwaschung sind die Resultate nicht besser, sondern schlechter als ohne Waschung. Einfaches Händewaschen und Gebrauch von Klosettpapier haben bisher weit mehr Ansteckungen verhütet und werden auch in Zukunft mehr verhüten als alle Desinfizientien. O. Gans-Heidelberg.

Funktionsstörungen.

Die Bekämpfung von zirkumskripter Hyperhidrosis, von A. W. Stillians. (Journ. trop. med. a. hyg., 1. II. 1917, Bd. 20, Nr. 3.) Verf. hat mit Aluminiumchlorid ($AlCl_3 \cdot 6H_2O$) in 25%iger wäßriger Lösung gute Resultate erzielt. Die Lösung tupft man alle 2—3 Tage auf und läßt dabei gut eintrocknen, ehe die betreffenden Teile, Füße, Achselhöhle usw., wieder bekleidet werden. Gewöhnlich genügten 2—3 Applikationen, um einen vollen Erfolg zu erzielen. Zuweilen wird über etwas Brennen und Juckreiz nach dem Auftupfen geklagt; doch vergeht dies, wenn nicht durch Reiben oder Kratzen gesteigert, bald wieder. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Hämatidrosis, von C. T. Scott. (Brit. m. J., 11. V. 1918, Nr. 2993.) Die Beobachtung ergibt hier einen tatsächlichen Fall von Blutbeimischung im Schweiß. Es handelt sich um ein 11jähriges, aufgewecktes und etwas nervös erregbares Mädchen, das im Anschluß an einen starken Schrecken infolge einer Gasexplosion seit 4 Monaten Attacken von abnormer Schweißabsonderung an der Stirn aufweist. An dem ziemlich scharf abgegrenzten Gebiete sieht man von Zeit zu Zeit paroxyomenartig Schweißtropfen hervortreten, deren Menge manchmal bis zu 3 und 4 ccm anwächst, manchmal auch nicht mehr als $^1/_2$ ccm beträgt. Dabei zeigt der Schweiß 3 verschiedene Formen, eine schaumige, die häufigste, eine wäßrige und eine rosarote. Bei allen drei wurden rote und weiße Blutkörperchen nachgewiesen; am zahlreichsten waren jene in der rosaroten Form vertreten. Das Herannahen des Schweißausbruchs macht sich dem Kinde durch eigentümliche Empfindungen im Epigastrium bemerkbar, und sogar die Art des herannahenden Ausbruchs, ob rot, wäßrig oder schaumig, wird mit großer Genauigkeit vorhergesagt. Die Nachtruhe ist oft durch das Nahen eines Ausbruchs gestört.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zirkulationsstörungen.

Mitteilung über die Blutknötchenkrankheit (Purpura haemorrh. papulosa et pustulosa), von Schürer und Waldheim-Wien. (W. m. W., 1918, Nr. 46.) Die beobachteten Fälle zeigten punktförmige Blutungen um die Follikel, zunächst hauptsächlich an den Extremitäten. Die Follikel schwellen, verhornen und schuppen ab, anfänglich hellrot gehen sie allmählich in eine braune Verfärbung über. Später entwickeln sich flache hämorrhagische Scheiben um die Knötchen, und zahlreiche Knötchen bilden an ihrer Spitze Pusteln. Außer diesem Exanthem kommt es an allen Stellen, wo die Haut einem Drucke ausgesetzt ist, zur Bildung von Blutblasen. Die Todesfälle, welche auf inneren Blutungen beruhen, sind zahlreich. Die Therapie ist die des Skorbutes.
H. Vörner-Leipzig.

Zur Frage der Raynaudschen Gangrän post partum, von Kurt Fricke. (Diss., Rostock 1917.) Verf. beschreibt das Auftreten einer Gangrän (in einem Schub ohne vorausgegangene angiospastische Prodrome) bei einem 21jährigen Mädchen unmittelbar im Anschluß an eine Geburt im Bereiche sämtlicher Zehen an beiden Füßen. Die Geburt erfolgte im Januar spät abends auf der Straße. Das Mädchen trug das Kind in ihren Unterrock gewickelt nach Hause und blieb, da ihre Mutter nicht dort war, die ganze Nacht auf dem Bett sitzen. 2 Tage nach der Geburt trat „Blutstockung" in beiden Unterschenkeln auf; es bildeten sich Blasen an den Füßen. Etwa 14 Tage später, bei der Einlieferung in die Klinik, waren sämtliche Zehen schwarz verfärbt, die Haut war zum Teil abgehoben. Am linken Fuß ging die Gangrän im Bereiche des Großzehenballens weiter auf den Fußrücken und die Fußsohle über. An der Ferse war eine schwarz verfärbte Stelle von Fünfmarkstückgröße. Verf. hält den Fall für einen typischen Morbus Raynaud. F. Weiler-Leipzig.

Über einen Fall von Exanthema menstruale angioneuroticum, von E. Helwig. (Diss., Rostock 1917.) Der Fall ist klinisch sehr ähnlich dem von Ziesler in der Ikono-

Digitized by Google

graphia Dermatologica veröffentlichten Fall. Es handelt sich um eine 26jährige Arbeitersfrau, die nach etwa $^3/_4$jähriger Cassatio mensium mit nervösen Symptomen (Ataxie, Ungleichheit der Pupillen, Benommenheit), Angina, Albuminurie und einer Hautaffektion unter stürmischen Krankheitserscheinungen innerhalb weniger Tage starb. Als Todesursache wurde eine nicht infektiöse Erkrankung — höchstwahrscheinlich Autointoxikation — angenommen, die auch Erweichungsherde im Gehirn verursacht hatte. WR war negativ. Keine Sepsis. Der Hautausschlag begann zur Periodenzeit, etwa 1 Monat vor dem Exitus an den Händen, 8 Tage später trat er auch am Körper auf. Es besteht eine leicht hellrötliche Verfärbung der Nase und im Bereich beider Wangenbeine. Die oberen und mittleren Teile der Brust und die oberen Teile des Rückens sind bedeckt mit disseminiert stehenden, leicht erhabenen, unscharf begrenzten, rosaroten, leicht ödematös geschwellten Effloreszenzen. Am linken Handrücken eine größere Anzahl gleicher, nur etwas bräunlichroter Stellen. An den Fingern beider Hände viele bis zehnpfennigstückgroße zum Teil konfluierter, bräunlichroter, leicht erhabener, sich teigig anfühlender Effloreszenzen, die zum Teil glatt sind, meist aber einen harten Schuppensaum aufweisen. Gleiche Effloreszenzen an den Seiten und Unterseiten der Finger, sowie an dem Rand der Handfläche. An beiden Fußrücken deutliche ödematöse Schwellungen, ebenso am Unterschenkel. Später entwickelte sich an den Füßen ein ähnliches Exanthem wie an den Händen. Als Ursache der Erkrankung nimmt Verf. mit Polland eine abnorme Funktion der Ovarien an; es kommt dadurch zum parenteralen Zerfall von Ovarialeiweiß, welches im Organismus kreist und die Dermatose veranlaßt. Im Gegensatz zu Polland glaubt jedoch Verf., daß das Toxin nicht nur auf hämatogenem Wege an der Bildung der Effloreszenzen beteiligt ist, sondern daß es auch gleichzeitig in irgend einer Weise auf gewisse Abschnitte des Nervensystems schädigend wirkt und dadurch die Mitbeteiligung des Nervensystems an dem ganzen Krankheitsbild bedingt. F. Weiler-Leipzig.

Adrenalin bei angioneurotischem Ödem, von J. A. Coad-Moloerhampton. (Brit. m. J., 16. VI. 1917, Nr. 2946.) Eine 39jährige Dame wurde durch Adrenalin, wie es scheint, von ihren Attacken von angioneurotischem Ödem befreit, nachdem sie 3 Jahre lang trotz verschiedentlicher Behandlung an häufigen und intensiven Attacken gelitten hatte. Bei der ersten Injektion (0,25 Adrenalinchlorid) stellten sich allerdings ein lebhafter Schmerz an der Injektionsstelle, diffuse Taubheit der Haut und Gefühl von herannahendem Ende ein nebst großer Blässe und Herzschwäche, doch gingen diese Erscheinungen bald wieder vorüber. Nach einigen weiteren Injektionen und internem Gebrauch von Adrenalintabletten hörten die Attacken gänzlich auf und sind seit etwa 4 Jahren nicht wieder aufgetreten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Skorbut, von R. Bierich. (D. Arch. f. kl. Med., Bd. 130, H. 4 und 5.) Nach den mitgeteilten Beobachtungen handelt es sich beim Skorbut um die Reaktion des Organismus auf eine Reihe endogener und exogener Schädigungen. Von endogenen kommen scheinbar in erster Linie Rasse und psychische (depressive) Faktoren in Betracht, während als exogener Faktor eine denaturierte, dadurch qualitativ nicht ausreichende Nahrung den ganzen Symptomenkomplex auslöst. Die Schädigung trifft scheinbar primär die Kapillaren (Endothelien), deren normale Struktur durch das Fehlen eines für ihre spezifische Zellfunktion notwendigen N-haltigen Bausteins reversibel geschädigt wird. Die Insuffizienz der blutbereitenden Organe muß als sekundäre Schädigung aufgefaßt werden. O. Gans-Heidelberg.

Starke Ödeme auf chlorurämischer Basis ohne Nephritis, von M. Labbé und Marcobelles-Paris. (Presse méd., 1918, Nr 32.) Verff. schildern 2 Fälle, bei denen im Anschluß an Dysenterie sehr starke Ödeme sich einstellten, aber auf chlorarme Diät und Theobromin glatt vergingen. Am Herzen und an den Nieren waren keine Abnormitäten nachzuweisen. Verff. meinen, daß die Beobachtung ältererer Autoren von dem öfteren Zusammentreffen von Ödemen mit Darmerscheinungen in Vergessenheit geraten sei. Auch kann die Leber hierbei eine Rolle gespielt haben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. Juli 1920 | Nr. 30 | Band 71

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Über Paraffinkrebs.

Von

Dr. Otto Küntzel.

Über Paraffinkrebs sind im Laufe der letzten 5 Jahrzehnte eine ganze Anzahl von Beobachtungen und Betrachtungen veröffentlicht worden, und zwar in der großen Mehrzahl durch Vertreter des chirurgischen Faches. In der dermatologischen Literatur hingegen findet sich nur wenig über diese Krankheit, und vor allem fehlt nicht nur in der dermatologischen, sondern m. W. überhaupt in der ganzen neueren medizinischen Literatur eine kurze Übersicht über das Wichtigste auf diesem Gebiet, ausgenommen höchstens Liebes[1]) Abhandlung in Schmidts Jahrbüchern, die jedoch schon länger als ein Vierteljahrhundert zurückliegt. Ich fasse daher alle wesentlichen Ergebnisse der bisherigen Beobachtungen über die Krankheit kurz zusammen, ehe ich zur Mitteilung eines in der Leipziger Universitätsklinik beobachteten Falles von Paraffinkrebs übergehe.

Außer dem Röntgenkrebs, dem Blasenkrebs der Anilinarbeiter, dem Lungenkrebs der Schneeberger Bergleute und dem Schornsteinfegerkrebs der Engländer ist auch das Karzinom der Teer-, Paraffin- und Brikettarbeiter zu den sicheren Berufskrebsen zu rechnen (Arnstein[2])). Denn bei diesen Krankheiten kann man mit größter Bestimmtheit annehmen, daß die Krebsentstehung auf Schädlichkeiten zurückzuführen ist, denen die Betroffenen bei Ausübung ihres Berufs dauernd ausgesetzt waren, und zwar sind es meist chemische Stoffe, beim Röntgenkrebs gewisse von der Röntgenröhre ausgesandte Strahlen, die auf verschiedene Stellen des menschlichen Körpers Reizwirkungen ausüben und zunächst stets entzündliche Erscheinungen hervorrufen, aus denen sich nach längerer Zeit maligne Geschwulstbildungen entwickeln können. Anders steht es mit einer Reihe von Krankheiten, bei deren Namen man zunächst auch an Berufskrebs zu denken geneigt ist, wie Seemannskrebs, Hautkrebs der Landleute (Country-mans Cancer), Lokomotivführerkrebs. Ob hier wirkliche Berufskrankheiten vorliegen, ist noch fraglich: die statistischen Angaben über die Häufigkeit des Karzinoms in diesen Berufen weichen z. T. beträchtlich voneinander ab, und auch über die

[1]) Liebe, Über den Teer- oder Paraffinkrebs. Schmidts Jahrbücher, 1892, H. 236, S. 65—76. — [2]) Arnstein, Der Krebs als Berufskrankheit. Wiener Arbeiten a. d. Geb. d. soz. Med., 1912, H. 2, S. 64.

Digitized by Google

Schädlichkeiten, die für die Karzinomentstehung verantwortlich gemacht werden könnten, sind bisher nur Vermutungen aufgestellt worden.

Von den eigentlichen Berufskrebsen ist das Carcinoma scroti der Schornsteinfeger die am längsten bekannte Krankheit. Sie kam und kommt fast ausschließlich in England vor und ist daher in erster Linie von englischen Autoren bearbeitet worden. Früher hatte man den Schornsteinfegerkrebs für venerisch gehalten, da er nur an den Genitalien und nicht vor der Pubertät beobachtet wurde. Man behandelte ihn daher mit Quecksilber, natürlich ohne Heilerfolg. Als Hautkrebs hat diese Krankheit zuerst der berühmte englische Arzt PERCIVAL POTT[3]) (1713—1768) erkannt und entsprechend, d. h. chirurgisch, behandelt. In Deutschland beschrieb zuerst R. F. STÖHR[4]) den Schornsteinfegerkrebs der Engländer. In weitere Kreise deutscher Ärzte drang die Kenntnis von dieser Krankheit jedoch erst durch das Erscheinen einer Monographie über die Erkrankungen des Hodens von Sir ASTLEY COOPER[5]); diese Schrift, die auch feine Beobachtungen über den Schornsteinfegerkrebs enthielt, bedeutete einen wesentlichen Fortschritt auf diesem Gebiet.

Nach MOHNS[6]) entwickeln sich unter der Einwirkung des Rußes chronische entzündlich-hyperplastische Vorgänge an der äußeren Haut, manchmal am ganzen Körper, besonders aber am Skrotum, und zwar in Gestalt kleiner Hauthörner, manchmal auch größerer Warzen, sog. Rußwarzen (soot-warts). Diese Rußwarzen verschwinden später spontan ohne nachteilige Folgen; nur am Skrotum entarten sie nach MOHNS stets karzinomatös. Letztere Behauptung geht wohl zu weit und ist jedenfalls unbeweisbar. Anatomisch unterscheiden sich die Rußwarzen angeblich nicht von gewöhnlichen Warzen. Ihre Weiterentwicklung geschieht z. T. durch Apposition neuer kleiner Krebsknoten, z. T. durch Wachstum in die Tiefe und Breite. Die Lymphdrüsen pflegen erst spät ergriffen zu werden. — Der Lieblingssitz der Krankheit am Skrotum erklärt sich aus der anatomischen Beschaffenheit der Skrotalhaut, in deren zahlreichen feinen Falten der Ruß besonders leicht haften bleibt, wozu auch noch die reichliche Talgabsonderung beiträgt. Selbst sorgfältige Waschungen vermögen diesen Körperteil nur unvollkommen zu reinigen. Hinzu kommt das Reiben am Skrotum beim Auf- und Absteigen in den engen englischen Kaminen. Ferner hebt MOHNS hervor, daß wegen der z. T. außerordentlich engen Kamine in England die Reinigung derselben durch Kinder, oft schon vom 5. Lebensjahre an, besorgt werde, und daß diese ihren Beruf völlig nackt ausüben. Die junge, zarte und dabei völlig ungeschützte Haut gestatte eine besonders intensive Einwirkung der Schädlichkeit. Schließlich ist nach MOHNS auch das Vorhandensein einer Disposition zu karzinomatöser Erkrankung Bedingung für das Zustandekommen dieser Krankheit. — Der Schornsteinfegerkrebs war schon früher eine sehr seltene Erkrankung in England und ist heutzutage noch seltener geworden. Die Ursache dafür, daß diese Krankheit fast nur in

[3]) POTT, PERCIVAL, Schornsteinfegerkrebs. Chirurgical observations. London 1775. — [4]) STÖHR, Inaug.-Abh. über den Schornsteinfegerkrebs der Engländer. Würzburg 1822. — [5]) COOPER, Observations on the structure and the diseases of the testis. London 1830. Deutsch Weimar 1832. — [6]) MOHNS, Über den Schornsteinfegerkrebs. Inaug.-Diss., Jena 1876.

Digitized by Google

England vorkommt, liegt wohl darin, daß nur dort es üblich ist, daß unbekleidete Kinder in den Kaminen auf- und abklettern, während in allen anderen Ländern Besen oder irgendwelche andere Kehrvorrichtungen zum Essenkehren benutzt werden.

Während in Deutschland m. W. nur ein einziger Fall von Schornsteinfegerkrebs bekannt wurde (in Hannover), beobachtete man hier andere Berufskrebse, die z. T. mit dem Schornsteinfegerkrebs der Engländer größte Ähnlichkeit hatten. Als erster stellte der Leipziger Chirurg KARL THIERSCH[7]) eine gewisse Analogie zwischen dem Tabakkrebs und dem Schornsteinfegerkrebs fest, insofern nämlich, als in beiden Fällen die vorausgesetzte Schädlichkeit, die beim Tabakrauchen auf die Lippen, bzw. auf die Zungenspitze, beim Essenkehren auf das Skrotum einwirke, an die Produkte unvollkommener Verbrennung gebunden sei. —

Als mit der Entwicklung der deutschen Braunkohlenindustrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die ersten Erkrankungen an Teer- und Paraffinkrebs aufgetreten waren, veröffentlichte RICHARD VOLKMANN[8]) in Halle 1873 seine ausgezeichneten Beobachtungen über diese Krankheit, und zwar hebt er gleich zu Anfang die vollkommenste Übereinstimmung des Teer- und Paraffinkrebses mit dem Schornsteinfegerkrebs der Engländer hervor: hier wie dort Entwicklung aus jahrelang bestehenden hyperplastischen und entzündlichen Zuständen der Hautdecken, die in sehr verschiedener Intensität, aber auch in sehr mannigfachen Formen über die gesamte Körperoberfläche ausgebreitet vorkommen, aus unbekannten Gründen aber am Skrotum besonders leicht eine Steigerung bis zur heteroplastischen, atypischen Wucherung erfahren.

Vom Wesen und von der Entwicklung des Paraffin- und Teerkrebses geben VOLKMANN und sein Schüler ECKART[9]) etwa folgendes Bild:

Das erste Produkt in der Teer- und Paraffinindustrie ist stets der sog. Braunkohlenteer, eine schwarzgrüne, flüssige Masse. Aus ihr wird durch weitere Destillationen und verschiedene Preßverfahren schließlich reines, festes Paraffin gewonnen. Als Nebenprodukte erhält man dabei teils durch Destillationen, teils durch Abpressen verschiedene leichtere und schwerere Mineralöle, die weiterhin zum Motorbetrieb, als Leuchtöl, Schmieröl, Gasöl (zur Herstellung von Ölgas), zum Imprägnieren („Teeren") von Holz usw. dienen. Diejenigen Arbeiter, die nur mit dem festen, reinen Paraffin zu tun haben, bleiben fast stets von Hautaffektionen verschont. Dagegen entwickelt sich bei der großen Mehrzahl der Arbeiter, die mit dem noch durch allerhand Mineralöle verunreinigten flüssigen oder breiweichen Rohparaffin dauernd in Berührung kommen und deren Kleidung ganz von diesen Fabrikationsprodukten durchtränkt ist und förmlich von ihnen starrt, in den ersten Wochen nach Eintritt in die Fabrik eine akute Paraffindermatitis. Sie wird von den Arbeitern kurzweg „Paraffin-" oder auch „Teerkrätze" genannt, da sie in der Regel mit Juckreiz verbunden ist. Dieses akute

[7]) THIERSCH, Der Epithelialkrebs. Leipzig 1865. — [8]) VOLKMANN, R. v., Über Teer-, Paraffin- und Rußkrebs. Beitr. z. kl. Chir. (Leipzig 1875), S. 370. — [9]) ECKART, Vier neue Fälle von Paraffinkrebs. Inaug.-Diss., Halle 1886.

Digitized by Google

Entzündungsstadium bildet sich schon ziemlich bald nach dem Aufgeben der Beschäftigung meist vollständig zurück. Aber selbst bei Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit verschwindet die Dermatitis in vielen Fällen allmählich, meist unregelmäßige, mitunter leicht schuppende Pigmentierungen zurücklassend, manchmal sogar spurlos. Ziemlich häufig jedoch, besonders bei unreinlichen und zu Hautentzündungen disponierten Individuen, entwickeln sich bei Fortsetzung der bisherigen Beschäftigung aus der akuten Dermatitis, manchmal aber auch ohne ein akutes Vorstadium, chronische, hyperplastische Hautentzündungen, ekzematöse oder psoriasisartige Zustände mit Warzenbildungen und seborrhagischen Erscheinungen. In seltenen Fällen, und zwar meist nur bei sehr unreinlichen und gleichzeitig zu karzinomatöser Erkrankung disponierten Personen geht schließlich nach durchschnittlich 8—10—12 Jahren aus der chronisch-hyperplastischen Dermatitis eine echte krebsige Wucherung hervor, deren ausgesprochener Lieblingssitz das Skrotum ist.

Die einzelnen Formen der Hautveränderungen sind nach VOLKMANN etwa folgende:

Im akuten Stadium findet man rote, flache, bald mehr psoriasis-, bald mehr akneartige Flecken, Papeln oder selbst Beulen. Die Größe der Hautinfiltrationen wechselt von Hanfkorn- bis Bohnengröße. Bei Leuten, die frisch von der Arbeit kommen, sind diese Hautinfiltrationen oft hochrot, glänzend, bei Druck schmerzhaft, an der Spitze etwas wund, nässend. Diese Eruptionen verursachen besonders im Sommer und in der Sonne starkes Jucken (TILLMANNS[10]), ECKART). Fällt die Berührung mit den reizenden Stoffen jedoch nur einige Tage hindurch fort, so blassen die Stellen rasch ab und werden trocken, indem sie sich an ihrer Spitze entweder mit abschilfernder Epidermis oder mit dickeren Krusten und Borken bedecken. Lokalisation: Die größeren Effloreszenzen sitzen besonders an den Schulterblättern, am Abdomen, an den Oberschenkeln, namentlich aber am Skrotum; an den Unterarmen sitzen die Eruptionen oft so dicht, daß sie stellenweise konfluieren.

Nach diesem akuten Stadium gewöhnt sich die Mehrzahl der Arbeiter bald an die Beschäftigung mit den fraglichen Stoffen. Die Infiltrationen blassen dann ab und stellen mehr psoriasisartige, sich abschilfernde Flecke dar oder verschwinden ganz, weiße Narben oder braune, pigmentierte Stellen zurücklassend. Oft findet man dann über den ganzen Körper verstreut schmutzige, rostfarbene Pigmentflecke, zuweilen wie Sommersprossen aussehend, zuweilen auch viel größer. — Nach jahrelanger Beschäftigung mit unreinem Paraffin findet sich oft am ganzen Körper Verdickung der Epidermis und gesteigerte Tätigkeit der Talgdrüsen. Die Haut wird trocken, spröde, pergamentartig oder selbst abschilfernd und rissig. Die Ausführungsgänge der Talgdrüsen sind erweitert und bilden, wenn sich Teer in ihnen festsetzt, mohnkorn- bis stecknadelkopfgroße schwarze Punkte. Bei hinreichender individueller Disposition und besonders bei mangelhafter Reinlichkeit häufen sich dann teils hyperplastisch gewucherte Epidermiszellen, teils vermehrt abgesonderter

[10]) TILLMANNS, Über Teer-, Ruß- und Tabakkrebs. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1880, Bd. 13, S. 519.

Digitized by Google

Hauttalg, teils endlich eine Mischung von beiden in starkem Maße an, und es entstehen namentlich an den Extremitäten sowie am Skrotum entweder kleine Epidermisknötchen, minimale Hörnchen von Stecknadelkopfgröße und darüber, oder unregelmäßige, flache, schmutzig-bräunliche seborrhagische Schilder und Krusten, die etwa erstarrten Wachstropfen gleichen und zwischen Linsen- und Silbergroschengröße variieren. Zuweilen sitzt Schild an Schild wie bei Ichthyose. Beide Formen, die vielfach ineinander übergehen, pflegen sehr fest an der Hautoberfläche zu haften, so daß nach ihrer gewaltsamen Entfernung die blutende Kutis zutage liegt. Aus derartigen multipeln warzigen Bildungen entwickeln sich dann in einzelnen Fällen zuletzt wirkliche Krebse; sie stimmen vollständig mit den borkigen und warzigen Schildern überein, wie sie so häufig der Entwicklung der Lippenkrebse vorangehen: flache, bürstenartige, mit eingetrocknetem Sekret bedeckte Schilder, zeitweilig trocken, zeitweilig stärker nässend, oder mehr kuglige, mit einem harten, trockenen Grind bedeckte Erhebungen, die nach gewaltsamer Ablösung des Grindes eine blutende, zerklüftete Oberfläche zeigen. Manchmal häufen sich die steinharten Borken fast zu hornartigen Auswüchsen an. Lokalisation: Vorderarme, besonders Skrotum, an dem namentlich die stärker nässenden und dann auch stinkenden Formen vorkommen. Die durch dicke Epidermis geschützten Volarflächen der Hände und Finger bleiben stets frei von jeglichen Veränderungen.

Ebenso wie die englischen Autoren vom Rußkrebs (= Schornsteinfegerkrebs), berichtet VOLKMANN vom Paraffinkrebs, daß er mit Vorliebe am Skrotum beginne, während sonst primäre Skrotalkrebse äußerst selten sind. Dies beweist, daß in beiden Fällen der Ruß, bzw. Teer (Paraffin), d. h. überall dieselben chemischen Stoffe, die Krebsentstehung verursachen. Auch darin stimmen Ruß- und Teerkrebs miteinander überein, daß beide sich durch eine gewisse Benignität auszeichnen; die regionären Lymphdrüsen bleiben auffallend lange verschont, nur eine rein irritative, nicht heteroplastische Schwellung tritt häufig auf. Einen Unterschied zwischen Schornsteinfeger- und Paraffinkrebs findet VOLKMANN darin, daß die akuten Stadien mit hochroten, schmerzhaften, zuweilen selbst konfluierenden Papeln und Beulen nur bei Paraffinarbeitern, nicht aber bei Schornsteinfegern vorkommen, was bei der flüssigen und breiigen Natur der Fabrikationsprodukte in der Braunkohlenindustrie nicht zu verwundern sei. Dementsprechend gehen auch die Paraffin-, bzw. Teererkrankungen viel früher (nach mehreren Jahren) in Karzinom über als bei den Schornsteinfegern (erst nach mehreren Jahrzehnten).

Hatte THIERSCH auf gewisse Analogien zwischen dem Schornsteinfeger- und dem Tabakkrebs, VOLKMANN auf die weitestgehende Übereinstimmung zwischen Ruß- und Paraffinkrebs aufmerksam gemacht, so hob TILLMANNS die ätiologische Verwandtschaft zwischen Ruß-, Tabak- und Paraffinkrebs hervor. Gestützt auf die Untersuchungen E. LUDWIGS[11]), der im Tabaksrauch und Tabakssaft dieselben reizen-

[11]) LUDWIG, Über einige Bestandteile des Tabakrauches. Arch. f. klin. Chir., XIV, 20.

Digitized by Google

den Stoffe fand wie im Ruß, im Teer und im unreinen Paraffin, nämlich braunen Teer, kohlensaures Ammoniak, essigsaures Ammoniak, reine Essigsäure und reine Karbolsäure, führt TILLMANNS die drei in Frage stehenden Berufskrankheiten auf dasselbe schädliche Agens zurück. Während beim Schornsteinfeger und beim Paraffinarbeiter die betreffenden Schädlichkeiten sowohl auf die unbekleideten Körperteile als auch, nachdem sie die Kleidung völlig durchtränkt haben, auf die übrige Körperhaut ihre Reizwirkung ausüben, dringen beim Tabakrauchen oder auch beim Tabakkauen die Reizstoffe des Tabakrauches bzw. -saftes in die follikulären Gebilde und durch feine Risse des Lippenrotes oder der Zunge oder der Wangenschleimhaut in die interpapillären Epithelien und rufen dort entzündliche Veränderungen hervor, die bei dazu disponierten Personen schließlich karzinomatös entarten können.

TILLMANNS bzw. LUDWIG haben uns jedoch mit ihren Feststellungen noch nicht den Beweis erbracht, daß die erwähnten chemischen Verbindungen, die im Ruß, im Teer und auch im Tabakrauch oder -saft gleicherweise enthalten sind, auch wirklich in ätiologischem Zusammenhang mit den drei in Frage stehenden Krebskrankheiten stehen. Denn die Voraussetzung, die hierzu notwendig wäre, daß nämlich dieselbe Krankheit immer nur durch dieselben schädlichen Einwirkungen verursacht werde, ist durchaus anfechtbar. Es bleibt also nach wie vor die Möglichkeit bestehen, daß irgendwelche dem Ruß, Teer und Tabak nicht gemeinsame Stoffe die Hautaffektionen hervorrufen.

Bezüglich der chronisch gewordenen Paraffindermatitis teilt TILLMANNS noch mit, daß sie recht oft durch entzündliche Exazerbationen belästige. Im übrigen betont er, daß die beschriebenen Dermatitiden sowie deren gelegentliche krebsige Entartungen nur bei Arbeitern der Braunkohlenteerindustrie, jedoch nicht bei denen der Steinkohlenteerindustrie und ebensowenig bei Kienrußarbeitern vorkomme, eine Ansicht, die sich durch spätere Beobachtungen als unzutreffend erwiesen hat.

1892 faßt LIEBE in einer Arbeit, in der er auch einen von ihm selbst beobachteten Fall von Paraffinkrebs mitteilt, alle wesentlichen, bis dahin gemachten Beobachtungen über den Ruß- und Teerkrebs zusammen. Danach hatte man Krebs in den meisten Fällen am Skrotum, ferner am Präputium, am Penis, am Arm, an der Hand, am Auge und an der Wange beobachtet. Daß das Skrotum besonders oft vom Karzinom betroffen wird, erklärt LIEBE beim Paraffinkrebs ebenso, wie die Engländer den Lieblingssitz des Schornsteinfegerkrebses erklären: leichtes Haftenbleiben der betreffenden Unreinlichkeiten auf der zarten, feingefälteten, durch die Absonderung zahlreicher Talgdrüsen stets etwas feuchten Skrotalhaut; häufige mechanische Insulte reiben die Reizstoffe weiter hinein; gründliche Reinigung des Skrotums findet selten oder nur unvollkommen statt. — Die krebsigen Ulzerationen greifen nicht selten auf Perineum und Penis über; Ausbreitung erfolgt entweder kontinuierlich, oder es schießen neben dem ersten Knoten andere auf, die dann konfluieren. Die Ulzeration kann, statt in die Tiefe zu dringen, auf der Höhe einer blumenkohlähnlichen Geschwulst stattfinden; kurz, die Bilder können sehr mannigfaltig sein. Multiples Auftreten des Karzinoms scheint gar nicht selten zu sein. — Die Leistendrüsen erkranken nach

Digitized by Google

den meisten Beobachtungen erst spät karzinomatös; tritt aber einmal eine krebsige Entartung derselben ein, so entstehen tiefgreifende, durch Arrosion der großen Arterien oder sonstige Komplikationen stets zum Tode führende Geschwüre (KOCHER[12])). Metastasen in inneren Organen wurden jedoch nie beobachtet (CURLING[13]), KOCHER).

Außer in Paraffinfabriken sah man Teer-, bzw. Paraffinkrätze in Anstalten, in denen Eisenbahnschwellen geteert werden. Ferner erkrankte in einer Spinnerei ein Arbeiter, der die Transmissionen mit Paraffinöl zu schmieren hatte, an diesem Ekzem. In einer Gasfabrik, die Paraffinöl verarbeitete, litten alle Arbeiter an Paraffinkrätze. In einer anderen Fabrik erkrankten alle Wollarbeiter, die die Fasern in mit Paraffin vermengtes Öl zu tauchen hatten, auf dieselbe Weise. Auch Petroleum ruft die gleiche Wirkung hervor. — (All diese Fälle finden sich bei LIEBE angeführt.)

Aus LIEBEs Übersicht über die bis dahin bekannten Ergebnisse von mikroskopischen Untersuchungen der Paraffinkarzinome geht hervor, daß seit VOLKMANN auch auf diesem Gebiete keine wesentlichen Neuigkeiten ans Licht gebracht worden waren. VOLKMANN fand in den von ihm behandelten und beschriebenen Fällen typisches Epithelkarzinom mit Hornkugeln, ausgehend vom Rete Malpighi. Die epitheliale Wucherung erstreckt sich in Form mehr oder weniger langer, oft kolbig endender Zapfen in die Tiefe. Zahlreiche typische Krebsnester schließen sich an. Die überall vorhandene kleinzellige Infiltration spricht für einen entzündlichen Reizzustand der betroffenen Hautstellen. Entsprechend der schon makroskopisch erkennbaren Pigmentverschiebung findet man mikroskopisch stellenweise starke Anhäufung brauner Pigmentkörnchen sowohl im Rete Malpighi als auch in der Kutis, hier in der Umgebung der Gefäße gelegen. Andere Stellen weisen dagegen völliges Fehlen des Pigments auf. Auch die atypischen Epithelwucherungen sind z. T. pigmentiert (ECKART). Besonders hebt VOLKMANN hervor, daß eine scharfe Grenze zwischen Karzinom und gesunder Haut überhaupt nicht zu ziehen ist; sondern in weitem Umfange findet sich letztere nicht mehr normal, ja an allen von Paraffindermatitis ergriffenen Hautstellen bestehen „histologische Veränderungen, die nur einer geringen Steigerung bedürfen, um der Affektion alsbald den karzinomatösen Stempel aufzudrücken". Allenthalben zeigen sich schon atypische Epithelwucherungen, in die Tiefe gehende Epithelzapfen, überhaupt eine sehr unregelmäßige Begrenzung des Papillarkörpers. Bei der einfachen Paraffindermatitis will ECKART auch schon eigentümliche, an Schichtungskugeln erinnernde Gebilde von konzentrischem Bau, aus kernlosen Schuppen bestehend, gefunden haben. Ferner bemerkt er, daß das durchweg stark verbreiterte Stratum corneum sich auch in die Haarbälge hinein fortsetzt und sich hier als pralle Ausfüllung derselben mit kernlosen Schuppen bemerkbar macht.

Daß die regionären Lymphdrüsen erst spät karzinomatös erkranken

---

[12]) KOCHER, Verletzungen und Krankheiten des Hodens usw. PITHA und BILLROTH, III, 2. — [13]) CURLING, Die Krankheiten des Hodens, Samenstranges und Hodensackes. Deutsch von REICHMEISTER, Leipzig 1845.

Digitized by Google

und daß innere Metastasen nicht vorkommen, findet ECKART nicht besonders auffällig, „da ja überhaupt bei Hornkrebs innere Metastasen eher zu den Seltenheiten gehören". Auch LIEBE steht ungefähr auf dem gleichen Standpunkt und erklärt sich die ganze Art des spezifischen Skrotalkrebses, seinen Verlauf und das gute Allgemeinbefinden des Kranken aus der Eigenart papillärer Karzinome, von denen THIERSCH sagt, daß sie sich monatelang halten können, ohne zu ulzerieren. — TUTEUR[14]), der einen Fall von multipeln Paraffinkarzinomen am Unterschenkel (hervorgerufen durch Tragen von Kannen mit Paraffin) veröffentlicht, untersuchte ein Stück chronisch-dermatitisch verdickter, aber nicht karzinomatöser Haut, welches sklerosiertes Bindegewebe, Narbengewebe sowie Fehlen des Stratum Malpighi und der follikulären Apparate aufwies. Aus diesem Befund folgert er weiter: „Dafür, daß es überhaupt selten zur Drüsenaffektion kommt und daß der Verlauf ein chronischer ist, finden wir eine Erklärung in dem chronisch-entzündlichen Zustand der Umgebung und der schwieligen sklerotischen Beschaffenheit der Umgebung und des Bodens der Geschwulst. Diese Veränderungen sind einer Propagation des Karzinoms auf dem Wege der Lymphbahnen und einer Verschleppung durch embolische Prozesse gleich hinderlich." Die sklerosierende Schicht bildet gleichsam einen Wall, durch den hindurch eine Verschleppung unmöglich ist, und auch die Verbreitung per contiguitatem ist durch die feste Barriere abgeschnitten. — Für die Entstehung von Rezidiven macht TUTEUR geltend, daß Narben, mögen sie nach operativen Eingriffen oder spontan entstehen, wieder einen dauernden Reiz für das Entstehen neuer Tumoren abgeben. Die Rezidive treten dann aber nicht in den Narben, sondern in ihrer Umgebung auf. Dieselbe Ansicht findet sich auch schon bei VOLKMANN.

GAWRONSKY[15]), der TUTEURS Arbeit nicht gekannt zu haben scheint, hebt als charakteristisch für den Paraffinkrebs die geringe Neigung zu örtlichen Rezidiven und zu Metastasenbildung in den regionären Lymphdrüsen hervor. Ferner sei kein einziges Mal Metastasenbildung in den inneren Organen oder in der zweitnächsten Lymphdrüsenetappe beobachtet worden. Er erklärt das ebenso wie TUTEUR durch die vorangegangenen entzündlichen Hautveränderungen, die zu Schrumpfung und Verengerung, bzw. Obliteration der Lymphspalten führt. Durch Eindringen von Unreinlichkeiten und Mikroorganismen in Geschwüre, Risse, Erosionen u. dgl. sind auch die Drüsen entzündlichen Veränderungen ausgesetzt und daher ebenfalls induriert: sie setzen also Metastasenbildung größeren Widerstand entgegen.

Im Gegensatz zu allen anderen Autoren — soweit ich ihre Arbeiten kenne — nimmt GAWRONSKY mit dem englischen Arzt KIRK[16]) an, daß noch häufiger als am Skrotum der Ruß- und Teerkrebs an den Vorderarmen lokalisiert sei. Da die Affektionen hier aber sehr bald lästig fallen, werden sie frühzeitig und infolge relativ leichter Operationstechnik

---

[14]) TUTEUR, A., Ein Fall von Paraffinkrebs. Kaiserslautern 1893. — [15]) GAWRONSKY Über Schornsteinfeger- und Paraffinkrebs. Inaug.-Diss., Halle 1904. — [16]) KIRK, Paraffin Cancer. Brit. med. Journ., 1903, S. 1528. Ref.: Derm. Zschr., 1905, Bd. 12, S. 65.

Digitized by Google

gleich an Ort und Stelle behandelt und gar nicht erst in Krankenhäuser aufgenommen, so daß meist gar nicht über sie berichtet wird.

Aus Österreich veröffentlichte 1912 ULLMANN[17]) eine ausführliche Arbeit über die bei der Erdölgewinnung und Paraffinfabrikation entstehenden Berufsdermatosen, die viel Neues bringt. Wie in Deutschland die Braunkohlenindustrie, so spielte in der ehemaligen Donaumonarchie die hauptsächlich in Galizien heimische Erdölindustrie in letzter Zeit eine sehr bedeutende Rolle. Das Erdöl enthält im wesentlichen dieselben Bestandteile wie der Braunkohlenteer; das wichtigste Erzeugnis der Erdölindustrie ist natürlich das Petroleum; ferner werden aber auch Paraffin, Benzin, Schmieröle, Gasöl, Heizöl, Koks, Asphalt usw. in großen Mengen gewonnen.

Schon bei der Rohölgewinnung in den Bohrtürmen kommen, besonders bei unreinlichen und zu Ekzemen disponierten Arbeitern, diffuse Ekzeme teils nässender, teils squamöser, teils pustulöser Natur vor. Außer akuten findet man chronisch-entzündliche Reizzustände, zumal Dermatitis mit Neigung zu Hyperkeratose und lokaler Warzenbildung. Befallen werden besonders die mit Rohöl unmittelbar und dauernd in Berührung kommenden Körperteile. Diesen diffusen Dermatitiden gegenüber treten die mehr follikulären Hautveränderungen (Komedonen und originäre Pustelbildung) mehr in den Hintergrund. Die mehr diffusen Entzündungsformen hängen offenbar sowohl mit den chemischen Besonderheiten als auch mit der mehr flüssigen Konsistenz und dementsprechend mehr diffusen und auch tiefer reichenden Einwirkung des Rohöls zusammen.

Bei der Verarbeitung des Rohöls (zu Paraffin usw.) zeigen sich Hautveränderungen bei manchen Arbeitern, die mit dem unreinen Rohparaffin, bzw. mit den Rückständen bei der Gewinnung reinen Paraffins in Berührung kommen. Diese Berührung findet besonders bei Bedienung und Reinigung der Filter-, Spindel- und hydraulischen Pressen, durch die die Abtrennung des Rohparaffins erfolgt, und beim Reinigen der Destillationskessel von den an der Kesselwand sitzenden Rückständen statt. — Reines Paraffin ruft nie Hautveränderungen hervor. — Für die Entstehung der Hautaffektionen spielen Disposition und Unreinlichkeit eine große Rolle. Meist findet nach anfänglichen Entzündungserscheinungen der Haut trotz Fortsetzung der gleichen Arbeit Gewöhnung statt: Rückbildung der akuten Erscheinungen, Übergang in ein chronisches, reizloses Stadium. Befallen werden am meisten die der Beschmutzung mit den betreffenden Stoffen ausgesetzten Körperteile. Häufigkeit der Lokalisation der Reihe nach: Finger und Handrücken, Streck- und Beugeseite der Vorderarme, Streckseiten der Oberarme, Rücken, Nacken und Halsgegend, Ohrmuscheln, Stirn- und Wangengegend, Penis, Skrotum, Oberschenkel und Unterbauchgegend. Die Hautveränderungen bestehen in komedonenähnlichen Retentionszuständen der Talg- und vielleicht auch Schweißdrüsen, die sich weiterhin hauptsächlich zu akneartigen Pusteln

[17]) ULLMANN, K., Über Wesen und Verbreitung einiger bei der Erdölgewinnung und Paraffinfabrikation entstehender Berufsdermatosen. Wiener Arb. a. d. Geb. d. soz. Med., 1912, H. 2, S. 82—111.

Digitized by Google

und gelegentlich zu Phlegmonen, Abszessen entwickeln; zeitweise starker Juckreiz. — Weit seltener und unabhängig davon entwickeln sich multiple feine Wärzchen und Papillome, besonders bei unreinlichen Individuen. Sie entsprechen histologisch sog. entzündlichen Papillomen und gehen mitunter in karzinomatöse Wucherungen oder Geschwüre über. Diese präkanzerösen Warzenbildungen haben ihren Lieblingssitz am Skrotum, was ULLMANN noch mehr als durch die ständige Berührung des Skrotums mit den öldurchtränkten Kleidern dadurch erklären will, daß bei Gelegenheit des Urinlassens eine regelmäßige Besudelung des Penis und des Skrotums mit den ungereinigten Fingern stattfinde. Ich kann mich dieser Ansicht nicht anschließen. Zunächst findet hierbei normalerweise nur eine Berührung des Penis, nicht, oder höchstens nur ganz flüchtig, des Skrotums statt. Und sollten wirklich nach Beendigung dieses Aktes etwaige Verunreinigungen des Penis durch die direkte Berührung desselben mit dem Skrotum auf die Skrotalhaut übertragen werden, so dürfte dieser Reiz erstens bei weitem nicht so intensiv sein als das ständige Reiben der öldurchtränkten Kleider; zweitens würden auf diese Weise nur Erkrankungen an der Vorderwand des Skrotums, nicht aber am unteren Pol und an der Hinterwand desselben erklärt.

Die Histologie und Pathogenese der Paraffindermatosen stellt sich nach ULLMANN folgendermaßen dar:

Die Paraffinkomedonen unterscheiden sich von gewöhnlichen Komedonen durch ihre Lokalisation: meist an den Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten, und durch ungleich stärkere entzündliche Beteiligung in der Höhe des Haarbalghalses und des Oberteiles der Talgdrüsen, auch bei klinisch anscheinend nicht entzündlichen Veränderungen. Der Hornpfropf im Halse und Ausführungsgang der oft stark erweiterten Haar- und Talgfollikel besteht aus einem fast bakterienfreien Gemenge nekrotisierter Epithelzellen mit scholligen Hornmassen, Zelltrümmern, wenigen Leukozyten und Körnchen, die vielleicht Reste eingedrungener Paraffin- und Fettmassen darstellen. Die Epithelproliferation ist sowohl im Grunde der zystisch erweiterten Follikel als auch besonders an den äußeren Belagzellen der benachbarten Epithelzapfen eine ausgesprochen intensive. Gefäße der Kutis leicht entzündlich verändert, von Rundzellen umgeben. An den Komedonen ist also das auffallendste eine stärkere Verhornung der Innenwände und stärkere entzündliche Beteiligung ihrer nächsten Umgebung. — Die Komedonen sind ein Ausdruck einer gestörten Sekretion, die auf einen zu intensiven Reiz auf die Haarbalgwand und die benachbarten Talgdrüsenfollikel und deren Epithelien zurückzuführen ist. Dieser Reiz wird teils durch gasförmige, teils durch benzinartige, jedenfalls leicht Fettmassen durchdringende, in die Ausführungsgänge eindringende Kohlenwasserstoffe hervorgerufen.

Bezüglich der Pusteln ist ein Unterschied von den gewöhnlichen eitrigen Pusteln kaum zu finden; auch hier nur vereinzelt stäbchenförmige zarte Bakterien, meist im Detritus und extrazellulär gelegen. Die äußere Begrenzung der Pusteln bilden — z. T. noch ganz unveränderte — Wandelemente des Haarfollikels. In den Haarbälgen keine Besonderheiten.

Digitized by Google

Rings um die entzündlich veränderten und ektasierten Follikel und entlang der gewucherten Epithelzapfen finden sich in der anscheinend gar nicht veränderten Haut weite Strecken, in denen — besonders entlang der Schweißdrüsenfollikel und Papillargefäße — reihen- und gruppenweise angeordnete Rundzellen eine bereits beginnende Entzündung markieren.

Warzen am Körper: Wie gewöhnliche Papillome und Warzen auf entzündlichem Boden entstanden. Der Unterschied zwischen ihnen und gewöhnlichen Hornwarzen besteht in stärkerer Entzündlichkeit der Basis und der Umgebung, unter besonders starker Beteiligung der Haarfollikel und auffallender Erweiterung der Talgdrüsenfollikel; ferner großer Gefäßreichtum des Stromas. Ihr Bau ist dem der flachen pallisadenförmigen Verrukositäten ähnlich.

Warzen am Skrotum: Manche für Warzen gehaltene Hervorragungen waren nur entzündlich geschwellte, ödematöse Hautfalten. Keine starke Verhornung der obersten Epithelschicht, keine ausgesprochene Akanthose, keine wesentliche Hyperkeratose. Die rundzelligen Infiltrate längs der meist erweiterten Gefäße sämtlich völlig bakterienfrei; also Ausdruck einer rein chemischen Reizung der Oberhautschichten mit Hyperplasie des Epithels. — Hingegen zeigten größere Warzenbildungen stellenweise einen zweifellos papillomatösen Bau mit stärkerem Hervortreten der Haut aus dem normalen Niveau, Akanthosis, stärkerer Verhornung, intensiver Entzündung der benachbarten Kutis, stärkerer Entzündung der Haar- und Talgdrüsenfollikel, besonders an den der Oberfläche nahen Partien; manchmal ulzerieren sie mit allen Zeichen einer gewöhnlichen Entzündung, stellenweise auch mit starker, fast schon atypisch aussehender Wucherung des Deckepithels.

Ulzerierte Epitheliome: Überall deutlich Krebszellen und Krebsnester. Besonders hebt ULLMANN hervor, daß die Atypie des Epithels deutlich aus gewucherter Follikelwand hervorging, während die Atypie im Deckepithel, wenn irgendwo vorhanden, nur als einfache Wucherung, nicht aber als Krebswucherung angesehen werden konnte. — Nach SCHAMBERG [18]) geht die atypische Epithelwucherung bei Teerkrebs teils von den Zapfen des Rete Malpighi, teils von Schweißdrüsen bzw. deren Ausführungsgängen aus.

Die chemischen Stoffe rufen also Epithelwucherungen in der Nähe der Haarfollikel hervor. Wo es sich um faltige (Skrotum) oder dichtbehaarte (Vorderarm) Haut handelt, gerät auch das Deckepithel in Wucherung, wodurch umschriebene Warzenbildungen entstehen, die jedoch entschieden gutartiger Natur sind, solange sie nicht durch besondere Reize und Affektionen von außen her zu karzinomatöser Entartung gebracht werden.

Die Wirksamkeit der chemischen Reizstoffe beruht wesentlich auch darauf, daß sie in öligen Suspensionen die Haut angreifen. Denn durch Tierversuche haben WACKER und SCHMINCKE [19]) festgestellt, daß be-

[18]) SCHAMBERG, Cancer in tar workers. Journal of Cutaneous Diseases, New York 1910, XXVIII, 644—662. — [19]) WACKER und SCHMINCKE, Experimentelle Untersuchungen zur kausalen Genese atypischer Epithelwucherungen. Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 30 und 31.

Digitized by Google

sonders lipoidlösliche Stoffe geeignet sind, atypische Epithelwucherungen hervorzurufen, wobei jedoch die Lipoidlöslichkeit nur als physikalisch unterstützender Faktor zu betrachten ist, der es begünstigt, den Proliferationsreiz eng und innig an die Zellmembran der Epithelzellen zu bringen und dort zu erhalten.

Eine andere Erklärung für das Zustandekommen von Hautreizungen bei Teerarbeitern sucht SCHAMBERG zu geben; er vermutete im Teer radioaktive Substanzen, deren Strahlen vielleicht Epithelproliferation hervorrufen könnten, ebenso wie Radium und Röntgenstrahlen eine solche Wirkung ausüben können. Ein von ihm angestellter Versuch schien für Radioaktivität des Teers zu sprechen. Genauere Untersuchungen von KABAKJIAN (Pennsylvania) ergaben (SCHAMBERG a. a. O.) zwar ebenfalls, daß Teer eine photographische Platte zu beeinflussen vermag. KABAKJIAN schreibt diese Wirkung jedoch nicht der Radioaktivität des Teers zu, sondern macht vom Teer abgegebene gasförmige Substanzen bzw. Emanation für die Veränderungen auf der Platte verantwortlich.

Wieder andere Beobachtungen berichtet LEWIN[20]). Er fand bei Arbeitern, die mit Steinkohlenteerpech zu tun hatten, gewisse Hautveränderungen, und zwar nur an denjenigen Körperstellen, die dem Licht ausgesetzt sind (Gesicht, Hände, Arme). Die Affektionen bestanden größtenteils in diffuser Rötung der Haut, z. T. mit Knötchenbildung verbunden. In seltenen Fällen stieß sich die Epidermis in großen Lamellen ab. Die Arbeiter klagten über Brennen und Jucken der befallenen Hautbezirke, bei vielen bestand im Schatten und nachts kein Juckreiz. LEWIN erklärt diese Erscheinungen mit der sicher erwiesenen photodynamischen Wirkung gewisser Bestandteile des Steinkohlenteerpechs, besonders des Akridins und verschiedener Stoffe der Anthrazen- bzw. der Anthrachinonreihe.

Außer bei LEWIN und bei SCHAMBERG habe ich nirgends etwas über photodynamische Wirkung bzw. Radioaktivität des Teers oder seiner Derivate gefunden. Es wäre wissenswert, ob nach Extraktion der nachweislich radioaktiven bzw. photodynamischen Substanzen die Rückstände nicht mehr imstande sind, die beschriebenen Hautveränderungen hervorzurufen. Gelänge dieser Nachweis, so wäre allerdings immer noch die Frage zu lösen, ob die Reizwirkungen auf den radioaktiven bzw. photodynamischen oder auf den chemischen Eigenschaften der betr. Stoffe oder ob sie auf beiden Eigenschaften gleichzeitig beruhen.

Während ULLMANN den entzündlichen Charakter der warzigen Bildungen betont, berichtet EHRLICH[21]) über den Zustand papillomatöser Hautstellen in der Karzinomnachbarschaft: Es finden sich keine Infiltrate der Kutis, keine Plasmazellen; der Übergang zum Karzinom ist ganz plötzlich: schon die Randpartien des Karzinoms zeigen einen höchst ausgeprägten Lymphozytenwall entlang der basalen Karzinomzirkumferenz. Die Infiltration findet sich unter dem Krebsgeschwür überall sehr dicht und besteht aus Lymphozyten und Plasmazellen. — In einem

---

[21]) EHRLICH, Über Paraffinkarzinom. Arch. f. klin. Chir., 1918, H. 1, 2, S. 327—336. — [20]) LEWIN, Über photodynamische Wirkungen von Inhaltsstoffen des Steinkohlenteerpechs am Menschen. Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 28, S. 1529.

Digitized by Google

anderen Fall fand jedoch auch EHRLICH in weiterer Umgebung karzinomatöser Herde die flach papillomatös konfigurierte Haut diffus und locker infiltriert. Talg- und Schweißdrüsen fanden sich bei EHRLICHS Patienten in der von Paraffinkrätze veränderten Haut nur spärlich und ohne Besonderheiten, nur die Ausführungsgänge waren gelegentlich etwas erweitert.

Weiter hebt EHRLICH hervor, daß Skrotalkarzinome meist nicht aus Papillomen hervorgehen, sondern daß nach Schilderung seiner Patienten eine vorher nicht wesentlich veränderte Stelle des Skrotums zu nässen beginnt, sich verdickt und allmählich krebsig wird, während ausgesprochene Papillome häufig dauernd unverändert bleiben. Die Ausbreitung der Krebsgeschwüre erfolgt mehr in der Fläche als in die Tiefe; die verdickten Geschwürsränder zeigen an der Oberfläche pachydermisches Epithel, das von dem sich ausbreitenden Karzinom ein wenig unterminiert und vorgetrieben wird.

Auch EHRLICH betont die Neigung des Paraffinkarzinoms zur Multiplizität. — Die Lieblingslokalisation am Skrotum erklärt er damit, daß hier die Gelegenheit zur Mazeration der Haut durch Schweiß am größten sei. Den Übergang der Paraffinkrätze in Karzinom hat EHRLICH nur bei den Arbeitern beobachtet, die mit der Paraffinerzeugung beschäftigt waren, nicht bei denen, die nur mit Rohöl, Benzin und Petroleum zu tun hatten.

(Schluß folgt.)

Befunde aus einer NOGUCHISchen Originalkultur von Spirochaeta refringens.

Von

Prof. E. MEIROWSKY in Köln.

(Mit einer Tafel.)

Im Frühjahr 1914 erhielt ich von NOGUCHI eine Anzahl von Spirochätenkulturen, von denen ich sogleich nach ihrem Eintreffen Ausstrichpräparate herstellte, die mit Osmiumdämpfen fixiert und mit PAPPENHEIMS Panchromlösung gefärbt wurden. Ihre Durcharbeitung erfolgte nach meiner Rückkehr aus dem Felde. Sie ergab eine erneute Bestätigung meiner früheren Spirochätenbefunde. Es wurden beobachtet: seiten- und endständige, gestielte und nicht gestielte Knötchen bzw. Knospen (Fig. 1—7, 10, 13 u. 15), zum Teil mit einer deutlichen, stärkeren Färbung einzelner Körnchen innerhalb der sporenähnlichen Gebilde (Fig. 1, 6 u. 7), ferner die gleichen Knötchen frei mit kürzeren und längeren Windungen (Fig. 12), kolbenartige Auftreibung in der Mitte des Spirochätenleibes (Fig. 14), sowie seitliche Verzweigungen (Fig. 16 u. 17). Besonders beachtenswert ist Fig. 17. In dem deutlich gewundenen Stamm heben sich stärker gefärbte Teile von schwächer gefärbten ab, von diesen letzteren gehen die seitlichen Verzweigungen aus,

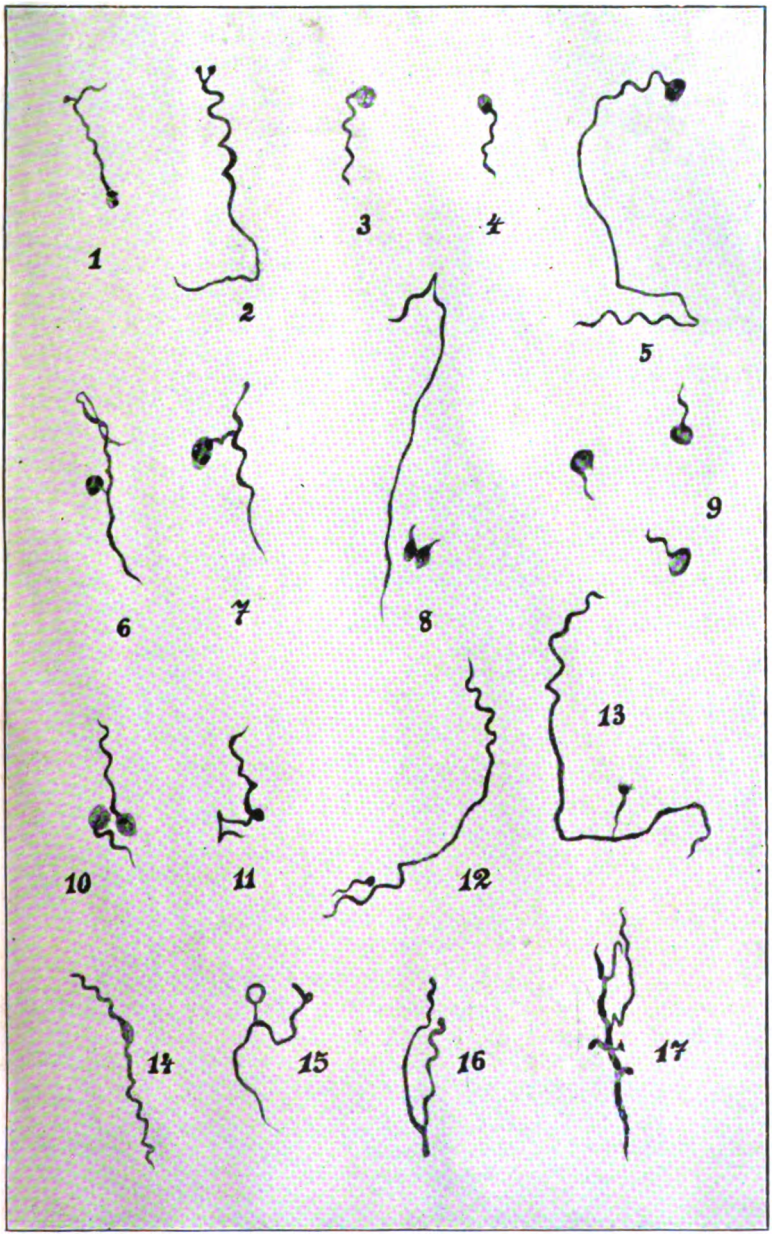
Digitized by Google

die wieder ihrerseits Spirochätencharakter tragen. Es handelt sich also nach der Definition Reichenbachs um echte seitliche Verzweigungen. Die Deutung dieser wichtigen Befunde, die ich den Kollegen, die sich für sie interessieren, als Originalphotographien einsenden will, umfaßt zwei Punkte. Zunächst muß entschieden werden, ob nicht die Knötchen Fremdkörper, Anlagerungen, Farbstoffpartikelchen darstellen (E. Hoffmann). Diese Ansicht ist heute allgemein aufgegeben worden. Es gibt wohl keinen Forscher, der sich mit dem Studium der Spirochäten beschäftigt hat und heute noch diesen alten Hoffmannschen Standpunkt einnimmt. Mit Noguchi halte ich sie für ein Stadium im Lebenszyklus der Spirochäten. Inada, Ido, Hoki, Kaneko und Ito sehen in ihnen mit größter Wahrscheinlichkeit Chromatinansammlungen, also nichts Totes, nichts Degeneratives, keine Fremdkörper, sondern Äußerungen eines lebenden Organismus. Die zweite Frage bezieht sich auf die Bedeutung der seitlichen Verzweigungen. Ich erblicke in ihnen einen schlagenden Beweis für die pflanzliche Natur der Spirochäten, denn Reichenbach hat genau die gleichen Formen bei Spirillen abgebildet. Die Mehrzahl der Bakteriologen dagegen glaubt in ihnen Degenerationserscheinungen zu sehen. Nachdem nun Inada, Ido, Hoki, Kaneko und Ito in den Kulturen der Spirochäte der Weilschen Krankheit und ich selbst in den hier beschriebenen Originalkulturen Noguchis wiederum die gleichen Befunde festgestellt habe, kann an ihrem allgemeinen Vorkommen nicht mehr gezweifelt werden. In der Welt des Makrokosmos pflegt man von einem Lebewesen, das einen Seitenzweig treibt, zu sagen, es wachse. In der Welt des Mikrokosmos soll nun die gleiche Erscheinung Degeneration bedeuten. Da die Natur keine Sprünge macht, sondern ewig und einheitlich nach den in der Phylogenese alles Lebenden begründeten Gesetzen arbeitet, so muß diese Erscheinung der seitlichen Verzweigung auch in der gleichen Weise gedeutet werden. Ein Seitenzweig, den ein Lebewesen hervorbringt, ist deshalb keine regressive und degenerative, sondern eine progressive und Wachstumserscheinung. So werden sich, genau wie in der Knospenfrage, auch bezüglich der Frage der seitlichen Verzweigungen, die Anschauungen zugunsten meiner Auffassung ändern, mögen darüber noch Jahre dahingehen. Es kommt nicht darauf an, wer diese oder jene Beobachtung zuerst gemacht hat, sondern daß sie richtig ist und unsere Kenntnisse vertieft und erweitert. Wie vor der Entdeckung der Spirochäten wird man alsdann wieder die Tuberkulose, die Lepra und die Syphilis als Krankheiten ansehen und betrachten, die ätiologisch, klinisch, histologisch und immunisatorisch sehr nahe miteinander verwandt sind.

Literatur.

E. Meirowsky, Studien über die Fortpflanzung der Spirochäten, Spirillen usw. Verlag Julius Springer, 1914. — Mitteilung über eine Bestätigung meiner Spirochätenbefunde. Derm. W., 1917, Bd. 65. — Spirochaeta pallida (Schaudinn) und Spirochaeta nodosa (Hübener-Rester). M. Kl., 1916, Nr. 45. — Inada, Ido, Hoki, Kaneko und Ito, J. of exper. Med. vom 1. III. 1916, Bd. 23, Nr. 3.

Digitized by Google



Meirowsky, Spirochaeta refringens. Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Digitized by Google

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Zirkulationsstörungen.

Beiträge zur Symptomatologie der Ödemkrankheit, von JULIUS HATIEGAN. (W. kl. W., 1919, Nr. 31.) Zu den bisher anerkannten Symptomen der Ödemkrankheit, der Polyurie, Bradykardie und dem Ödem, rechnet der Verf. auch noch das Vorkommen einer Lymphozytose und einer Achylie des Magens. Er hält die letzteren nicht für zufällige Begleitsymptome, sondern für solche, die für das Wesen der Krankheit charakteristisch sind. Infolgedessen hält er neben der Verabreichung von Kohlehydraten, Fett und kalziumreicher Diät auch die Dosierung von Pepsinsalzsäure therapeutisch für sehr vorteilhaft. H. Vörner-Leipzig.

Über die Ursachen des Quinckeschen Ödems, von HUBERT SIEBEN. (D. m. W., 1919, Nr. 42.) Außer den Fällen, die durch eine Intoxikation bzw. Autointoxikation entstehen, und außer den hereditären Fällen gibt es noch Fälle, bei denen eine infektiöse Ursache vorliegt. S. teilt eine Beobachtung bei einem 13jährigen Mädchen mit, das an einer schweren Grippe erkrankt war. Als die Patientin nach 4 Wochen völlig wiederhergestellt schien, zeigten sich Symptome von Chorea, die sich nach Verordnung der üblichen Maßnahmen etwas besserten, aber noch im ganzen 7—8 Wochen bestanden. Auf der Höhe der Chorea entstanden neue Anfälle von angioneurotischem Ödem. Die Anfälle traten gehäuft auf, etwa alle 2—3 Tage. Es war immer dieselbe Stelle des Gesichts befallen. Fieber bestand niemals, auch niemals eine Urtikaria, noch irgend welche intestinale Erscheinungen. Die Anfälle hatten verschiedene Dauer, manchmal mehrere Stunden, manchmal war das Ödem schon nach etwa $^3/_4$ Stunden wieder verschwunden. Mit der Besserung der Chorea wurden auch die Ödeme seltener, um schließlich mit dem Verschwinden der motorischen Störungen ganz wegzubleiben. Die Chorea und das mit ihr gleichzeitig auftretende angioneurotische Ödem hält Verf. auf Grund ähnlicher von ihm beobachteter Fälle für sicher durch die Grippe bedingt, so daß es sich also hier um ein Quinckesches Ödem handelt, das direkt auf eine infektiöse Ursache zurückzuführen ist. E. Brinitzer-Altona.

Untersuchungen über Inanitionsödeme. Ein Beitrag zur Pathologie des Ödems, von WALTER HÜLSE-Breslau. (Virch. Arch., Bd. 225, H. 3.) Bei dem Ödemkranken besteht eine Neigung zur Retention organischer und anorganischer Moleküle. Durch eine willkürliche Vermehrung einzelner derselben kann der Wassergehalt des Körpers fast nach Belieben verändert werden, sofern eine genügende H_2O-Menge zur Verfügung steht. Daß die Zufuhr der gleichen oder noch höherer Wassermengen allein ohne erhöhte Molekülzufuhr in dem Grade der H_2O-Retention nicht primärer Natur ist, sondern ausschließlich sekundär als Folge der Molekülretention auftritt. Innerhalb der Moleküle macht sich ein großer Unterschied nicht nur zwischen den verschiedenen Arten, von dem stärkst wirkenden NaCl bis zu den ausgesprochen negativ wirkenden Kalksalzen bemerkbar, sondern auch bei der gleichen Molekülart bestehen in den verschiedenen Fällen durchaus ungleiche Beziehungen zwischen der Menge der retinierten Moleküle und der des retinierten Wassers. Auch den Inanitionsödemen liegt letzten Endes eine kardiale Ätiologie zugrunde. Diese Erkenntnis ist insofern von allgemeiner Bedeutung, als sie zeigt, daß schwere Funktionsstörungen von seiten des Herzens und der Nieren bestehen können, ohne daß die klinischen Symptome vorhanden sind, die man als die notwendige Folge solcher Krankheiten anzusehen gewohnt ist: Blutstauung und eiweißhaltiger Urin. Die universellen Ödeme sind keine Lymphstauung durch übermäßige Produktion, sondern Folge bestimmter Änderungen in den Geweben oder Gewebssäften, welche das H_2O-Bindungsvermögen der Gewebeelemente steigern, d. h. denselben eine sogenannte Ödemtedenz verleihen. Die H_2O-Retention, die vermehrte Transsudation und die erhöhte Wasserbindung der Gewebe beim Ödem würde sich hiernach als eine krankhafte Steigerung normaler physiologischer Funktionen darstellen. Sie entständen dadurch, daß unter dem Einfluß irgend welcher Veränderungen das H_2O-Bedürfnis der Gewebeelemente über die Norm hinaus gesteigert wird, wodurch eine starke H_2O-anziehende Kraft von den Geweben ausginge, die zu verstärkter Transsudation und zu Gewebequellung führen würde. Das auf diese Weise gebundene H_2O würde der Ausscheidung entzogen und retiniert werden. Durch die Annahme der Mitwirkung kolloidchemischer Kräfte bei dem Prozeß der Stoffverteilung im tierischen Organismus erfährt ein Teil der Vorgänge, die man bisher als physiologische, nur dem lebenden Protoplasma eigene ansehen mußte, eine weitere physikalisch-chemische Zergliederung. Näheres im Original. O. Gans-Heidelberg.

Digitized by Google

Urtikaria-, Erythem-, Herpes- und Prurigoformen. Frost.

Zusammentreffen von Herpes zoster und Varizellen, von H. Dobones. (Brit. m. J., 15. März 1919, Nr. 3037.) Bei einer 40jährigen Wöchnerin traten 3 Wochen nach der Entbindung heftige Schmerzen an der rechten Hüfte auf und 8 Tage später typischer Herpes zoster im Bereich des XII. Dorsal- und des I. Lumbalnerven; nach weiteren 8 Tagen traten Bläschen am Halse hervor, und am nächsten Tage nach einer größeren Aussaat am ganzen Körper konnte die Diagnose Varizellen gestellt werden. Die Varizella verging in normaler Zeit noch vor dem Abheilen des Herpes.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Zusammenhang zwischen Herpes zoster und Arsenik, von H. Carlill-Haslar. (Brit. m. J., 7. Juli 1917, Nr. 2949.) Ein 45jähriger Marineoffizier kam wegen multipler Adenitis, Parese der unteren Extremitäten und Urinverhaltung zur Aufnahme. Die eigentliche Natur des Leidens konnte nicht mit Bestimmtheit festgestellt werden. Die Behandlung bestand unter anderem in der Verabreichung von Arsenik, und Patient wurde gebessert entlassen. Er kam 2 Monate später in gehfähigem Zustand wieder, aber mit noch vorhandenen Lymphschwellungen und mit einem ausgedehnten Herpes im Bereich des 8., 9. und 10. Dorsalnerven. Er hatte täglich 15 Tropfen Fowlersche Lösung nach eigenem Ermessen weiter genommen, im Laufe von $3^1/_2$ Monaten ungefähr 0,9 g Arsenik. In der Folge dehnte sich die Bläschenbildung über fast den ganzen Körper aus, doch konnte Patient bald als geheilt entlassen werden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes zoster und Varizella, von W. M. Gray. (Brit. m. J., 29. März 1919, Nr. 3039.) Kurzer Bericht über drei jugendliche Familienmitglieder, welche wegen Skarlatina ins Krankenhaus aufgenommen wurden, wobei das eine Kind nebenbei an Herpes zoster am Thorax litt, während die beiden anderen Brüder bald nachher Varizellen entwickelten.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes zoster, deren Ursache und Beziehung zu Varizella, von R. C. Low-Edinburgh. (Brit. m. J., 25. Januar 1919, Nr. 3030.) Wechselbeziehungen zwischen diesen beiden Affektionen sind meist von Bókay-Budapest im Jahre 1892 besprochen worden, und seitdem sind weitere Publikationen erfolgt. L. beschreibt 3 Fälle, bei denen ein an Herpes zoster leidender Patient zur Entstehung von Varizellen bei einem oder mehreren Kindern Anlaß gegeben zu haben schien. Jedenfalls entwickelte sich die Varizella innerhalb der Inkubationsperiode, nachdem eine Berührungsmöglichkeit mit dem Herpeskranken gegeben war. Ob tatsächlich beide Affektionen durch das gleiche Virus hervorgerufen werden, kann erst durch weitere Untersuchungen entschieden werden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Fieberhafte Urtikaria, von R. D. Lawrence. (Brit. m. J., 7. Juni 1919, Nr. 3049.) In einem Hospital im Nordwesten von Vorderindien beobachtete L. 2 Fälle von fieberhafter Urtikaria, den einen bei einem nach Empyemoperation fast genesenen Soldaten, den anderen bei einem der behandelnden Ärzte. Die Symptome waren bei beiden, zeitlich 5 Tage voneinander getrennten Fällen ziemlich die gleichen: Beginn mit kleinen allmählich sich vergrößernden weißen Quaddeln, die im weiteren Verlauf sich röteten, ganz unerträglicher Juckreiz, Ansteigen der Temperatur im Laufe der nächsten 3—4 Tage bis auf 39,5° C und Beteiligung (in dem einen Falle) auch der Schleimhäute. Am sechsten Krankheitstage war die Temperatur wieder normal geworden, und der Ausschlag war wieder verschwunden. Ätiologische Momente waren nicht festzustellen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfrierung, Verbrennung, Wunden.

Zur Behandlung der Erfrierungen im Felde, von David Guttmann. (Diss., Berlin 1918.) Bei der Behandlung der Erfrierungen ersten Grades muß die venöse Hyperämie behoben und die arterielle Zirkulation wiederhergestellt werden. Ein altes Volksmittel schafft hier gute Erfolge, nämlich vorsichtiges Abreiben mit Schnee oder langsames Frottieren mit feuchten Tüchern. Bei Erfrierung der Extremitäten leistet Hochlagerung gute Dienste. Weiter werden empfohlen: Einreibung mit Spirituosen, warme Packungen, Mullpflastereinwicklungen, vorsichtige Knetmassage, protrahierte Wechselbäder, Heißluftduschen, Licht- und Elektrizitätstherapie. Gegen Perniones Kamphorsalbe, Opodeldok, Ichthyolsalbe, Kompressionsverbände mit Salizylsäurepflaster, Kollodiumleimverbände u. a. Innerlich ist die Kalktherapie mit gutem Erfolge angewandt

Digitized by Google

worden. Bei den mit Blasenbildung und Gangrän einhergehenden Erfrierungen wieder Hochlagerung oder vertikale Suspension, Öffnung der Blasen und Aufstreuen von Tierkohle oder Bolus, Wechselbäder, Föhnbehandlung, Umschläge, Wasserbad. Bei Gangrän wird noch besonders empfohlen: Abziehen der Epidermis, um die Gewebseintrocknung zu begünstigen, dabei Dermatol, Tierkohle, Bolus alba, Heißluft, Injektionen von 20%iger Formalinlösung in das nekrotische Gewebe, Anlagen von Inzisionen. Im Stadium der Abstoßung Dauerbäder mit Kalium permanganicum. Später Scharlach- oder Argentum-Perubalsamsalbe. Im allgemeinen soll man bis zur völligen Demarkation warten und konservativ behandeln. Fälle, bei denen schon septische Erscheinungen, Lymphangitiden, Venenthrombosen, Tetanus und andere Komplikationen vorhanden sind, müssen dementsprechend behandelt werden. Wegen der häufig beobachteten Tetanuserkrankungen bei Erfrierungen ist es angebracht, bei jedem Fall von Erfrierungen der Extremitäten sofort Tetanusantitoxininjektionen zu machen. Prophylaktisch empfiehlt sich warme, nicht beengende Kleidung, möglichst ausreichende Ernährung, die häufige Möglichkeit, durchnäßte Kleider und Stiefeln zu wechseln. Empfehlenswert ist auch ein altes Volksmittel: Man bestreiche die Fußlappen einseitig mit einer dicken Lösung heißen Tischlerleim und lege die Lappen noch warm um die Stiefel. Noch einfacher ist es, Zeitungspapier als Einlegesohlen oder in Form von Fußlappen als Gelenkpackung zu benutzen. Beide Methoden verhindern die schnelle Wärmeabgabe der Extremitäten und bilden so einen guten Schutz. F. Weiler-Leipzig.

Die Behandlung von Verbrennungen mit Paraffin, von A. H. Hull. (Brit. m. J., 13. Januar 1917, Nr. 2924.) Analog dem von Barthe de Sandfort angegebenen Ambrine zur Behandlung von Verbrennungen hat H. nach mehreren Versuchen eine Paraffinmischung nach folgendem Rezept als vorzüglich leistungsfähig befunden: R. Resorcin 0,25—1,0, Ol. Eucalypt. 2,0, Ol. olivar. 5,0, Paraffin. moll. 25,0, Paraffin. dur. 67,0. Zunächst wird das harte Paraffin geschmolzen, alsdann das weiche mit dem Olivenöl zugesetzt; Resorzin wird mit absolutem Alkohol (2 : 1) gelöst hinzugefügt, und nach Abkühlung der Mischung auf etwa 55° C wird zuletzt das Eukalyptusöl beigemengt. Statt Resorzin kann man auch β-Naphthol 0,25 nehmen. Die erwärmte Lösung wird mit einem Pinsel oder mit einem erwärmten Zerstäuber aufgetragen. Frische Brandwunden werden zunächst mit sterilem Wasser gewaschen und mit Mull oder einem Heißluftstrom getrocknet. Nach dem Auftragen des Paraffins wird eine dünne Lage Watte aufgelegt, der Ausdehnung der Wunde entsprechend, und alsdann eine zweite Schicht Paraffin appliziert. Den Schluß bilden eine dickere Schicht Watte und eine Binde. Verbandwechsel erfolgt täglich oder alle 2 Tage. Der Methode wird neben der desinfizierenden Wirkung namentlich der gute Einfluß auf die Schmerzen nachgerühmt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung von Wunden bei Infektion mit Bacillus pyocyaneus, von P. Turner und G. Richardoon. (Brit. m. J., 29. September 1917, Nr. 2961.) Infektion der Wunden mit dem Bacillus pyocyaneus wird im allgemeinen nicht als eine gefährliche Komplikation betrachtet, doch bedingt sie vielerlei höchst unerwünschte Störungen. Der bläulichgrüne Eiter ist gewöhnlich sehr reichlich und hat einen unangenehmen, modrigen Geruch. Es ist gewöhnlich eine sehr schwierige Aufgabe, den einmal haftenden Bazillus wieder zu entfernen, und Übertragungen auf andere Patienten finden sehr leicht statt. Verff. hatten zuweilen gleichzeitig einige 30 Fälle auf der Abteilung. Gelegentlich sieht man sehr hartnäckige Diarrhöen im Gefolge der Infektion, und die Patienten sind überhaupt infolge derselben oft sehr geschwächt. Prompte Behandlungserfolge erzielten Verff. mit heißen Umschlägen mit Eusol, während das Mittel, kalt angewendet, völlig versagte. Man bringt eine 5%ige Eusollösung zum Sieden und tränkt Kompressen von Kaliko oder Kanoas mit der noch möglichst heißen Lösung. Die Kompressen werden alle 4 Stunden erneuert. Hohlräume werden auch mit der möglichst heißen Lösung ausgespritzt oder auch ausgestopft mit Päckchen von Eupadpulver in Gaze, welche mit heißer Eusollösung getränkt sind. Diese Bähungen sind noch 3—4 Tage nach Beseitigung der klinischen Symptome fortzusetzen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Impetigoformen, Pyodermien.

Neue Gesichtspunkte zur Pathogenese der Pyodermatosen im Kriege, von S. Wassermann. (W. m. W., 1919, Nr. 24 u. 25.) Wenn auch im allgemeinen das gehäufte Auftreten von Pyodermatosen während des Krieges auf die Einwirkung von Parasiten und ähnliche Einflüsse wohl mit Recht zurückgeführt wird, so sprechen doch

Digitized by Google

viele Beobachtungen dafür, daß es bei solchen Fällen (Impetigo, Vesiculopustulosio, Furunculosis usw.) sich um Äußerungen von Nutritionsstörungen handelt, und daß die genannten Dermatosen wenigstens zum Teil als zur Gruppe der „Deficiency diseases" gehörig bezeichnet werden müssen. Verf. schildert ausführlich fünf derartige Fälle unter Mitteilung von genauen Blutbefunden nach Hämoglobingehalt und Blutkörperchenzahl. Dabei ergaben sich Verhältnisse, welche mit der Annahme einer nur von außen her aufgetragenen Affektion nicht gut in Einklang zu bringen waren.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Sykosis und andere Staphylokokkeninfektionen der Haut und ihre Verbreitung, von H. G. Adamson-London. (Brit. m. J., 5. Januar 1918, Nr. 2975.) In diesem weniger für den Facharzt als für den allgemeine Praxis ausübenden Kollegen berechneten Aufsatz betont Verf. namentlich den Wert einer frühzeitigen Bekämpfung der Impetigo contagiosa (Tilbury Fox) und der Bockhartschen Impetigo. Zur Beseitigung der Staphylokokkeninfektion an behaarten Teilen hat sich die Behandlung mit Röntgenstrahlen und mit Vakzinen nicht als zuverlässig erwiesen. Bei Furunkulose ist die abortive Behandlung aller neu entstehenden Läsionen durch Betupfen mit reiner Karbolsäure das zweckmäßigste Verfahren. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Primäre und sekundäre Impetigo bei Soldaten, von H. Mac Cormac-London. (Brit. m. J., 2. Februar 1918, Nr. 2979.) Unter 1786 auf der dermatologischen Abteilung eines Militärlazaretts aufgenommenen Patienten fanden sich nicht weniger als 1411, welche an Impetigo, allein oder zugleich mit anderen Dermatosen, litten. Verf. teilt sein Material in 4 Gruppen ein: echte Impetigo contagiosa, Ekthyma, Impetigo als Komplikation von seborrhoischem Ekzem und Impetigo als Komplikation von Skabies. Die Symptome und Therapie sind den praktischen Bedürfnissen entsprechend geschildert, ohne aber eigentlich neues zu bringen. Es verdient vielleicht darauf hingewiesen zu werden, daß in England das in Deutschland wenig gebrauchte Galmei sehr beliebt ist. So empfiehlt Verf. bei Komplikation mit seborrhoischem Ekzem ein Liniment nach der Formel: R. Galmei 1,2, Zinc. oxydat 0,9, Aq. calc. 7,5, Ol. olivar 28,0.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ekzem, Rosazea, Psoriasis.

Die Wirkung des Teers mit besonderer Berücksichtigung des Ekzems, von Josef Sellei-Budapest. (W. m. W., 1919, Nr. 31). Der Verf. erörtert zunächst den günstigen Einfluß der Teerbehandlung auf parakeratotische Prozesse (Ekzem), weiter denjenigen auf das Ödem und die Hyperämie des Koriums bei solchen. Bestätigende Versuche an Kaninchen, deren Ohren nach künstlicher Entzündung mit Teer behandelt wurden, werden erwähnt. Zum Schlusse gibt der Verf. das Rezept für eine Teersalbe von folgender Zusammenstellung: R. Olei Cadini 2,5—5,0, Liquor aluminis actici et Lanolin āā 15,0, Vaselinae fl. 20,0; der Liquor a. a. wirkt nicht nur antiphlogistisch, sondern auch als Geruchskorrigens. H. Vörner-Leipzig.

Die Behandlung der Psoriasis beim Heere, von H. W. Barber. (Brit. m. J., 30. März 1918, Nr. 2987.) Verf. fand, daß ein kleiner Zusatz von Karbolsäure zu der üblichen Chrysophansalbe die Wirksamkeit derselben erheblich steigert. Im allgemeinen war das Verfahren folgendes: Pat. erhält jeden Morgen ein Bad, dem an den ersten zwei Behandlungstagen 30 ccm Kresol und sonst eine Hand voll Soda oder Kali carbonicum zugesetzt wird. Morgens und abends wird folgende Salbe eingerieben: R. Chrysarobin 0,6, Acid. salicylic. 0,9, Acid. carbolic. 0,6. Zinc. oxydat. 5,0, Lanolin, Vaselin āā ad 30,0. Bei besonders resistenten Stellen wird der Gehalt an Chrysarobin auf 1,292 und der der Salizylsäure auf 1,5 g für die Portion von 30,0 erhöht. Für Kopf und Stirn wurde Pyrogallussäure verwendet: R. Acid. pyrogallic. 0,6, Acid. salicylic. 0,9, Acid. carbolic. 0,6, Ungt. hydrarg. oxyd. flav. ad 30,0. Am Gesicht wurde auch mit einer milderen Salbe mit Zinc. oxyd. und Quecksilberammoniak (0,6) nebst Salizylsäure (1,2—1,8) mit entsprechender Grundlage (ad 30,0) erfolgreich behandelt. Bei Komplikation mit eitrigen Läsionen der Haut wurden diese natürlich vor Beginn der Chrysarobinbehandlung zur Heilung gebracht. A. Philippi-Bad Salzschlirf

Die Ätiologie und Behandlung von seborrhoischen Ausschlägen, von H. W. Barber und H. C. Semon. (Brit. m. J., 7. September 1918, Nr. 3010.) Das gehäufte Auftreten von seborrhoischen Affektionen mit der häufigen Komplikation von Akne, Furunkulose und Impetigo im Heere hat Verff. veranlaßt, diese Krankheitsform näher zu untersuchen. Sie verweisen auf die Arbeiten von Darier und von Czerny, welche

Digitized by Google

konstitutionelle Faktoren (exsudative Diathese) in der Entstehung des seborrhoischen Ekzems nachgewiesen haben. Sie selber haben ein auffallendes Zusammentreffen von solchen Hautausschlägen mit nasalem und nasopharyngealem Katarrh konstatiert. Unter 93 Fällen von seborrhoischem Ekzem, welche einer Rhinoskopia posterior unterworfen wurden, erwiesen sich 59 als mit eitrigem Katarrh von oft großer Intensität behaftet. Das Hauptmoment in ätiologischer Beziehung erblicken Verff. aber in einer allgemeinen Azidosis des Körpers. Nicht nur war der Urin bei einer sehr großen Zahl von seborrhoischen Patienten von auffallend saurer Reaktion, sondern es besserten sich die Hautläsionen erst, nachdem amphotere oder alkalische Reaktion des Urins durch angemessene Medikation herbeigeführt wurde. Die gesteigerte Säuerung im Körper erklärt sich zum nicht geringen Teil aus der Ernährungsweise der Soldaten mit reichlichen Fleischrationen und Kohlehydraten bei verminderter Zufuhr von grünem Gemüse und Obst. Zur Behandlung wird innerlich verordnet: R. Natr. bicarbonic. 25,0, Kali citric. 12,5, Calc. lactic. 2,0, Magnes. carbon. 2.0. Aq. chloroform 200,0. S. 3× tgl. 2 Eßl.. 1 Stunde vor der Mahlzeit. In manchen Fällen nahmen die Patienten das doppelte Quantum oder noch mehr während einiger Tage, ehe der Urin alkalisch wurde. Lokal wurde nur mit Galmeiliniment oder auch mit einer (2%) Lösung von Natron bicarbonicum behandelt. Das Liniment bestand aus Galmei (2,0) mit Aq. calcis (7,5) und Ol. arach. selolivarum (20,0).
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Kochsalzklystiere zur Behandlung von Ekzem, von P. B. Spurgin. (Brit. m. J., 24. März 1919, Nr. 3047.) Ein 49jähriger, ziemlich heruntergekommener Armierungssoldat mit gichtischer Veranlagung wurde wegen eines beginnenden Ekzems an Armen, Händen, Brust, Hals und Gesicht aufgenommen. Zur Behandlung wurden im wesentlichen tägliche Kleienbäder verabreicht. Der Zustand verschlimmerte sich aber stetig, und Pat. war nach etwa 3½ Monaten bei universeller Ausbreitung des Ekzems, Magenstörungen und allgemeiner Erschöpfung in ausgesprochener Lebensgefahr. Eine Wendung erfolgte prompt, als er täglich bzw. einen Tag um den anderen Klistiere von Kochsalzlösung mit je 30 ccm Kognak (nach einem Reinigungsklistier mit Seifenlösung) verabreicht bekam. Nach 2 Monaten konnte er das Bett zum ersten Male nach viermonatiger Bettlägerigkeit verlassen, und der weitere Verlauf war stetig günstig, wenn auch langsam.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Psoriasis mit Röntgenstrahlen und Chlorionisierung, von C. E. de Silva. (Brit. m. J., 5. Januar 1918, Nr. 2975.) Bei einem 15jährigen im allgemeinen gesunden Knaben mit einer ziemlich reichlichen Aussaat von Psoriasisläsionen erzielte Verf. schließlich eine (anscheinend) völlige Heilung durch Behandlung mit Röntgenstrahlen und Chlorionisierung. Zunächst erhielt Pat. vier milde Bestrahlungen mit 8tägigen Pausen, was einen Ruhezustand von etwa 6 Monaten erzielte. Der alsdann erfolgte Wiederausbruch wurde durch vier ähnliche Sitzungen beseitigt und Pat. war alsdann etwa ein Jahr lang beschwerdefrei. Das darauf an den Händen hervorgetretene Rezidiv wurde durch Chlorionisierung in 3 Sitzungen beseitigt. Keinerlei sonstige Behandlung wurde vom Verf. verordnet.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Lichenformen.

Röntgenbehandlung bei Lichen planus, von C. E. de Silva-London. (Brit. m. J., 7. Juli 1917, Nr. 2949.) Ein 12jähriges Mädchen von zarter Konstitution war einige Wochen wegen Lichen planus an Händen und Armen sowie großer Neigung zu Pernionen mit Salben, internen Mitteln und elektrischen Bädern nach Schnee vergeblich behandelt worden. Sie erhielt im Laufe von etwa 4 Wochen vier milde Bestrahlungen, und die prompt einsetzende Besserung hat seit mehr als einem Jahr jetzt vorgehalten.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Keratosen.

Akanthokeratodermia praecornufaciens, von A. J. Chalmers und S. Atiyoh. (J. trop. med. and hyg., 1. u. 15. Februar 1917, Bd. 20, Nr. 3 u. 4.) Die hier beschriebene Form von Keratose der Hände und Füße in ihren barocken und outrierten Erscheinungen soll am oberen Kongo relativ häufig vorkommen und ist dort unter dem Namen „Karondo" bekannt. In dem hier ausführlich beschriebenen Falle handelte es sich um einen etwa 30jährigen Schilluken, einen Eingeborenen vom oberen Nil. Er gab an, daß er zeitlebens Verdickungen an den Fußsohlen gehabt habe, daß aber häufig

Digitized by Google

sich ausgedehnte Geschwürsbildung dort einstellt, so daß das Gehen äußerst schmerzhaft wird. Wie an den beigegebenen Photogrammen ersichtlich, bestanden an beiden Füßen mehrfache Geschwüre bis zu Fünfmarkstückgröße, während an den Händen sich ein hoher Grad von Hyperkeratosis subungualis vorfand. Hyperkeratose war stellenweise auch an den Füßen vorhanden. Die histologischen Verhältnisse sind mit großer Ausführlichkeit dargelegt. Die Therapie war nur palliativer Art. Als das Hauptergebnis ihrer Studien auf diesem Gebiete stellen Verff. folgende Sätze auf: Die Akanthokeratodermia praecornufaciens ist eine primäre, nicht follikuläre Hyperkeratose im Verein mit Akanthosis und beruht vielleicht auf Stoffwechselstörungen. Ihren wesentlichen pathologischen Momenten nach entspricht sie dem präkornualen Stadium in der Entwicklung eines Cornu cutaneum. An den Nagelbetten handelt es sich um den gleichen Prozeß mit gewissen, durch das Vorhandensein des Nagels bedingten Modifikationen. Bei den Geschwüren an den Fußsohlen handelt es sich um Modifikationen des gleichen Prozesses unter dem Einfluß chronischer, an den Papillen sich abspielenden entzündlichen Prozesse. Diese führen zu Substanzverlusten an dem verdickten Epithel in Gestalt von tiefen und oft ziemlich breiten Fissuren. Die Entzündung ist vielleicht durch Fremdkörper, Schmutz von jeder Art, bedingt und fehlt an den verdickten Gebieten der Hände.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Keratodermia punctata, von A. J. Chalmers und A. Kamar. (J. trop. med. & hyg., 1 Juni 1917, Bd. 20, Nr. 11.) Das Material zu dieser Arbeit lieferte eine 40jährige Araberin, welche in einem Orte im Sudan das Geschäft einer Friseurin bei einheimischen Frauen betrieb. Es wurden dabei verschiedenerlei Salben und Riechmittel, aber kein Arsenik verwendet. Seit 8—9 Monaten machen sich Hautverdickungen und Juckreiz an den Handtellern bemerkbar. Mit der Lupe erkennt man kleine Anhäufungen von verhornten Epidermiszellen an der Mündung der Schweißdrüsen an vielen Stellen. Diese Knötchen nehmen allmählich an Größe zu und bilden unter Verwachsung mit angrenzenden gleichen Knötchen eine durchscheinende, glockenförmige oder unregelmäßig gestaltete Schwellung, aus welcher gelegentlich Flüssigkeit austritt unter Hinterlassung eines Schorfes. Nachdem dieser abgefallen ist, bleibt eine mäßig tiefe Einsenkung mit roter Basis und unterminierten, verhornten Rändern zurück. Allmählich füllt sich dann die Höhlung wieder mit Hornzellen an. Aus den Schweißdrüsen an diesen Stellen kann man auf Anreizung durch Berühren mit einer Nadel Schweiß austreten sehen. Die genaueren histologischen Verhältnisse sind unter Beigabe von mehreren Mikrophotogrammen ausführlich dargelegt. Zur Behandlung wurde das Tragen von Gummihandschuhen bei der Arbeit und Pinselungen mit Salizylkollodium versucht aber ein definitiver Erfolg wurde noch nicht erzielt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Weitere Bemerkungen über Keratodermia punctata, von A. J. Chalmers und A. Kamar. (J. trop. med. & hyg., 1. Oktober 1917, Bd. 20, Nr. 19.) In einem Nachtrag bemerken Verff, daß Yaws bei dem oben beschriebenen Falle ausgeschlossen war. Ferner betonen sie in diagnostischer Hinsicht, daß ihr Fall sich von dem Castellanischen Keratoma plantare sulcatum, abgesehen von der Lokalisation, sich durch das Fehlen der tiefen Furchen und locheisenartigen Höhlungen unterschied.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Dr. Gallus Pieschner hat sich in Wien für Urologie habilitiert.

Prof. I. F. Selenew, Direktor der Hautklinik in Moskau, ist gestorben. Sein Nachfolger wurde Prof. W. Iwanow.

Dr. S. Molodenkow und Dr. W. Krassnoglasow, Oberärzte am Mjassnitzki-Hospital für Syphilitische in Moskau, sind gestorben. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

31. Juli 1920 | Nr. 31 | Band 71

Aus der Universitätshautklinik zu Rostock. (Direktor: Prof. Dr. Friboes.)

Zur Praxis des Luesnachweises durch Ausflockung nach Sachs-Georgi.

Von

Oberarzt Dr. H. Felke.

Die zahlreichen Veröffentlichungen, welche der Bekanntgabe des serologischen Luesnachweises durch Ausflockung mittels cholesterinierter Extrakte seitens Sachs und Georgi gefolgt sind, haben durchweg eine weitgehende Übereinstimmung der neuen Reaktion mit der Wassermann-schen ergeben. Die Praxis und die Zahl muß entscheiden, und von diesem Gesichtspunkt aus haben einige Autoren es auch schon unternommen, das erschienene Material zu sichten und zu klären [Kleeberg (1), Baumgärtel (2)]. In der Erkenntnis, daß von einer brauchbaren Luesreaktion nicht a priori eine Übereinstimmung mit der das Feld beherrschenden WR verlangt werden muß, wird genaue Bewertung der bei der WR und SGR verschieden reagierenden Sera verlangt und durchgeführt, und diese Methode hat in der Tat zu der Erkenntnis geführt, daß die Differenzen lediglich auf eine größere oder geringere Empfindlichkeit der einen oder der anderen Reaktion zurückzuführen sind bis auf einige geringe Ausnahmen.

Wenn theoretische Erörterungen auch nicht zum Ziele führen, so ist experimentell doch inzwischen so viel Erfahrung über die Kolloidchemie der Luesreaktionen im allgemeinen zusammengetragen worden, daß man sich wohl fragen darf, welche Differenzen zwischen WR und SGR zu erwarten, welche zu vermeiden sind.

Die von Sachs zuerst vertretene Anschauung, daß bei der WR ebenso wie bei der Inaktivierung im salzarmen Medium der Komplementschwund durch eine Zustandsänderung der Serumglobuline, wohl eine Vergröberung ihrer Dispersität, zustande kommt, hat von allen Seiten Zustimmung gefunden. Vergröberung der Dispersität ist der Beginn des Ausflockens, aber gerade die erste Periode, optisch unwahrnehmbar, ist der Augenblick, wo das Komplement verschwindet. Da nun bei der WR und SGR dieselben Extrakte, nur verschieden eingestellt, benutzt werden, lag der Schluß nahe, daß die bei der WR in statu nascendi (Sachs) wirkende Kolloidveränderung beim weiteren Fortschreiten, wie es die längere Versuchszeit der SGR veranlaßt, zur sichtbaren Flockung führt. Neukirch (3) hat ausführlich nachgewiesen, daß diese Auffassung nicht ohne weiteres zu Recht besteht, z. B. verstärkt Salzverminderung die Reaktionsfähigkeit bei der WR, während bei der Flockung im Gegenteil dazu durch Erhöhung des NaCl-Gehaltes Steigerungen hervorgerufen

Digitized by Google

werden [Kurt Meyer (4), Münster (5), Blumenthal (6), Georgi (7)]. Ferner wirkten aktive Sera bei der WR meist stärker als inaktive, während bei der Ausflockung nicht selten das umgekehrte Verhalten beobachtet wird [Georgi (7), Neukirch (8)]. Dies Verhalten haben wir ebenfalls bei einer Probeserie nachweisen können.

Da nun bei der WR der wirksame Komplex durch das Serumglobulin und die Extraktlipoide gegeben ist, so werden nur solche weiteren Luesreaktionen mit der WR als absolutem Wertmesser verglichen werden können, die auf derselben Basis mit möglichst angenäherter Technik beruhen. Wenn man daraufhin die von Meinicke (9) gegebene Übersicht der bisher bekannten Luesreaktionen ansieht, so scheiden aus der Konkurrenz mit der WR von vornherein alle „nicht kolloidalen" Reaktionen aus, ebenso alle kolloidalen, nicht mit Organextrakten arbeitenden; deren Wert ist nur klinisch zu prüfen, wobei infolge der Vorherrschaft der WR auch wegen gewisser Vorzüge vielversprechende Reaktionen, wie z. B. die von Hermann-Perutz ins Hintertreffen geraten sind. Mit Organextrakten arbeiten neben der WR nur die von Hirschfeld-Klinger, Meinicke und Sachs angegebenen Reaktionen. Die erste scheidet trotz der geistreichen Methode und des präzisen Ausfalls für die Praxis aus, da es nicht ganz einfach ist, zytozymfreie Seren zu bekommen; und Meinicke arbeitet bewußt mit Untersuchungsanordnungen, die von der WR abweichen, während die Ausflockerung von Sachs und Georgi sich der WR in Reagentien und Versuchsanordnung am meisten nähert und deshalb auch von vornherein die beste Übereinstimmung mit derselben erwarten ließ, die bei manchen Autoren 95% betrug. Während also aus diesen Überlegungen heraus eine absolute Übereinstimmung einer neuen Luesreaktion mit der WR nur bedingt als Wertmesser herangezogen werden kann, ist dies unseres Erachtens bei der SGR durchaus der Fall, und die Resultate, die wir allmählich in unserem Laboratorium erzielt haben, mögen das illustrieren.

So einfach nun die Technik der SGR zu sein scheint, so viel Schwierigkeiten bietet sie in der Ausführung und Beurteilung. Das subjektive Moment, das bei der Abschätzung der Flockung mitspricht,drückt sich nicht allein in der verschiedenen Zahl der Kreuze aus, das der eine oder andere Beobachter einem gewissen Flockungsgrade gibt, sondern setzt bei Beurteilung der feinsten Flockung ein. Kafka (10) sucht dieser Schwierigkeit durch ein Vergleichsagglutinoskop zu begegnen, das durchaus seine Vorteile hat, sich aber bei einiger Übung entbehren läßt. Übung gehört zum Ablesen, und es ist wesentlich leichter, verschiedene Grade der Hämolyse zu beurteilen als geringe Flockungsgrade. Jedenfalls ist mit Kafka zu empfehlen, dauernd sicher negative Reaktionen in direkten optischen Vergleich mit einem fraglichen Resultat zu bringen und erst dann ein Urteil zu fällen. Lupenablesung halten wir für ungenügend; über die von Gaethgens (11) ausgeführte Methode des Zentrifugierens fehlen uns die Erfahrungen. Der kürzliche Vorschlag von Klienebberger (12), die Reaktion in Blockschälchen ablaufen zu lassen, scheint technisch umständlich und bei offenen Schälchen wegen der Verdunstung, bei verschlossenen wegen des Kondenswassers schwierig, eine auftretende Flockung ist im übrigen so widerstandsfähig, daß die

Digitized by Google

Flüssigkeit auch nach Ablaufen der Reaktionszeit umgefüllt werden kann. Man muß aber bei zweifelhaften, schwer zu beurteilenden Fällen recht kritisch die Serumkontrolle mustern, da doch hin und wieder auch gut behandelte Sera Körnelung erkennen lassen [Dold (13)]. Sind diese Sera stark positiv, so hebt sich die Flockung trotzdem charakteristisch ab; anders als bei Eigenflockung (siehe unten). In letzter Zeit hat uns in manchen Fällen die Anwendung verschieden großer Serumdosen die Ablesung einwandfreier gestaltet. Setzt man die Reaktion nicht nur mit 0,1 ccm Serum, sondern auch mit 0,2 und entsprechender Kontrolle an, so findet man ziemlich regelmäßig Sera mittelstarker und schwach positiver Reaktion bei der höhreren Serummenge stärker ausgeflockt als bei der niedrigen. Diese von Georgi mit Vorbehalt vorgeschlagene und von Poehlmann (14) und Wodtke (15) inzwischen schon geprüfte und empfohlene Variation hat uns in der letzten Zeit recht gute Dienste geleistet und wird weiter unten bewertet werden.

Im Zusammenhang mit der Beurteilung der Flockung mag auf die sogenannte Eigenflockung mancher Seren eingegangen werden, die von den verschiedenen Autoren verschieden häufig angegeben wird, manche [Schönfeld (16), Zurhelle (17)] haben bis 3,2 % gesehen. Meinicke (18) hält eine Serumkontrolle im allgemeinen für überflüssig, da Eigenflokkungen nur bei „groben Zersetzungen" vorkommen. Diese Anschauung findet ihre Stütze auch bei Konitzer (19), der mit ziemlich lange aufgehobenen Seren arbeitete, bei Münster (20), der Eigenflockung bei älterer, nicht steriler Kochsalzlösung sah. Felke und Wetzell (21) machten die Beobachtung, daß Eigenflockung häufig mit der Eigenhemmung in der WR einherging. Unter Hinweis auf eine demnächst erscheinende Mitteilung sei hervorgehoben, daß Salvarsanbeimengungen, auch in Spuren, wie sie bei Blutentnahmen im Anschluß an Salvarsaninjektionen in dem gewonnenen Serum enthalten sein können, außer anderweitigen Störungen Eigenflockung hervorrufen können. Während bei der WR als der gegen Serumveränderungen unempfindlicheren Methode die durch Salvarsane offenbar verstärkte Fällbarkeit gewisser Kolloide nur unter besonderen Bedingungen [1]) Störungen hervorruft, ist dies bei der SGR nicht so selten der Fall. Jedenfalls muß peinlichst die Möglichkeit der Salvarsanbeimengung vermieden werden, am besten wird die Blutentnahme vor der Injektion des Medikaments vorgenommen.

In unserem Laboratorium ist seit nunmehr einem Jahr die SGR zur ständigen Begleiterin der WR geworden. Über die Ergebnisse der ersten tausend Seren haben Felke und Wetzell (21) schon a. a. O. berichtet. Inzwischen sind weitere 5495 vergleichende Reaktionen ausgeführt, und da dieselben z. T. in eine Zeit fielen, wo wegen Mangels an Gas und Kohle mit Schwierigkeiten im Betriebe zu kämpfen war, so wurden z. T. durch diese Umstände erzwungen mancherlei praktisch wichtige Beobachtungen gemacht, vor allem den Temperatureinfluß betreffend. Unser Material stammt nicht allein aus unserer Klinik, ist also nicht überwiegend „luesverdächtig", sondern umfaßt auch das

[1]) Es sei schon hier angeführt, daß ein einwandfrei negativ nach Wassermann reaktionierendes Blut durch Salvarsanbeimengung komplementabsorbierend werden kann.

Digitized by Google

der chirurgischen und medizinischen Klinik einschließlich der Infektionsabteilung, ist demnach ganz besonders geeignet zur Feststellung von uncharakteristischen Reaktionen.

Es teilt sich nach der angewandten Technik in zwei Abteilungen.

I. 4158 Sera wurden nach den ursprünglich von SACHS und GEORGI angegebenen Weise untersucht, d. h. 0,1 ccm eine halbe Stunde inaktivierten Serums wurde auf 1 ccm mit phys. NaCl-Lösung aufgefüllt, 0,5 ccm einer geeigneten Extraktverdünnung hinzugefügt, der Versuch zwei Stunden bei 38°, weitere 18 Stunden bei „Zimmertemperatur", d. h. auf dem Brutschrank belassen. Zugleich wurden die vorgeschriebenen Serum- und Extraktkontrollen angesetzt. Meist wurden zwei verschiedene selbstbereitete Extrakte (Rinderherz) gleichzeitig benutzt, hin und wieder verglichen mit einem von dem Frankfurter Institut für experimentelle Therapie gütigst überlassenen.

II. 1337 Sera wurden mit den gleichen Extrakten und sonst gleichen Anordnungen so untersucht, daß sie während der ganzen Versuchsdauer 18—20 Stunden bei 38° gehalten wurden. Dabei wurde dann ein Pferdeherzextrakt mit eingestellt, der nach den für Rinderherz geltenden Vorschriften angesetzt war und der sich ganz besonders gut bewährte, sowohl was Flockungsstärke wie für Lues charakteristisches Verhalten betraf.

Die letzten 590 Seren dieser Gruppe wurden auch mit erhöhten Serummengen unter denselben sonstigen Versuchsbedingungen untersucht, und diese Technik, wobei wir nur einen Extrakt, und zwar, wie erwähnt, Pferdeherzextrakt anwenden, ist bei uns jetzt zur Normalanordnung geworden: Es werden von jedem Serum ein Röhrchen mit 0,1 ccm, ein zweites und ein drittes mit 0,2 Serum beschickt. Alle drei werden auf 1,0 ccm mit 0,85prozentiger NaCl-Lösung aufgefüllt und zu den ersten beiden 0,5 ccm Extraktverdünnung, zu dem dritten 0,5 ccm Alkohol 1 : 6 verdünnt hinzugefügt.

Zu Gruppe I. Wenn man die Ergebnisse der SGR in den Monaten Juli bis Oktober getrennt von denen der Monate November bis Januar betrachtet, so ergibt sich ein deutlicher Unterschied in der Spezifität bei gleichen Extrakten und sonstigen Versuchsbedingungen. Von 1600 während der Sommermonate untersuchten Blutproben zeigten 32 = 2% eine Differenz gegenüber der gleichzeitig angestellten WR. Folgende Tabelle gibt Aufschluß darüber:

1. WR +, SGR — bei 11 Seren, sämtlich behandelte Lues-II-Fälle,
2. WR —, SGR + bei 12 Seren, ein Lues-I-Fall unbehandelt, sonst wie 1.
3. WR —, SGR + bei 9 Seren — Nichtlues, und zwar: 3 Grippefälle, 1 Ulcus molle, 5 anderweitige fieberhafte Erkrankungen. Die 9 Fälle sind als unspezifische Reaktionen zu bezeichnen, es kam also auf 177 Seren eine solche.

Vom November ab verstärkten sich die Unterschiede gegenüber der WR. — Von 2558 Seren zeigten 75, also fast 3% Unterschiede zwischen WR und SGR.

1. WR +, SGR — bei 27 Seren } behandelte Lues-II-
2. WR —, SGR + bei 21 Seren } und -latens-Fälle,

Digitized by Google

3. WR —, SGR + bei 27 Seren — Nichtlues, und zwar: 9 Grippefälle, 3 Lungentbc., der Rest anderweitige fieberhafte Erkrankungen.

Von diesen als unspezifisch zu bewertenden Reaktionen entfielen also in dieser Zeit eine auf je 95 Untersuchungen.

Der Grund für diese Vermehrung der unspezifischen Flockungen war offenbar in der stärkeren Abkühlung während der Wintermonate zu suchen, besonders da weder die Räume, noch der Brutschrank nachts geheizt werden konnten wegen des bekannten Kohlenmangels. Als die Flokkungen bei Nichtlues sich häuften, reduzierten wir den Cholesterinzusatz zu den Extrakten, damit sank die ganze Empfindlichkeit der Reaktion, wie sich das auch in der geringen Zahl von Luesseren ausdrückt, die positive SGR bei negativer WR zeigten (21 gegen 27 mit dem umgekehrten Verhalten; bei den übrigen Untersuchungsgruppen sind beide Rubriken stets annähernd gleich stark).

Sachs und Georgi (22) hatten ja inzwischen wiederholt darauf aufmerksam gemacht, ebenso Hauck (23), daß zweckmäßig der Versuch während der ganzen Dauer bei 38° gehalten würde, und so gingen wir auch dazu über, in dem Augenblick, als wieder gute Brutschrankheizung möglich war. Zugleich konnten wir mit dem Cholesterinzusatz wieder etwas höher gehen, und mit der Brutschrankmethode und einfachen z. T. auch doppelten Serummengen wurden seither folgende Seren untersucht:

Gruppe II. Es seien zunächst nur die Ergebnisse mit einfachen Serummengen angeführt: Von 1337 Seren zeigten 23 gleich 1,7 % Unterschiede gegenüber der WR, und zwar:

1. WR +, SGR — bei 9 Seren, alles behandelte Lues-II- und -latens-Fälle,
2. WR —, SGR + bei 9 Seren, ein frischer Primärfall, Rest wie sub 1.
3. WR —, SGR + bei 5 Seren, Nichtlues.

Diese 5 uncharakteristischen Reaktionen entfielen auf 2 Grippeseren, 1 chirurgische Tbc., 1 Miliartbc. und 1 Ulcus cruris, das innerhalb 14 Tagen mehrmals positiv war und dann negativ wurde und blieb. Unspezifische Reaktionen entfielen also bei dieser Brutschrankanordnung nur je eine auf 267 Seren.

Die letzten 590 Seren dieser Gruppe wurden zugleich mit der doppelten Serummenge untersucht, ebenfalls während der ganzen Versuchsdauer im Brutschrank. Dadurch wurden sechs weitere Lues-latens-Fälle als positiv angezeigt, zugleich trat allerdings auch eine unspezifische Ausflockung auf. Eine einziges Serum zeigte bei 0,2 keine Ausflockung, obwohl bei 0,1 ein Ein-plus-Flockung aufgetreten war (Lues II behandelt, WR +++). Durch die Erhöhung auch der Serumkontrolle auf 0,2 ccm Serum wurde in keinem Falle eine Eigenflockung hervorgerufen, wie wir überhaupt dieses Ereignis nur an wenigen (sieben) Seren beobachten konnten. Fünf davon zeigten auch in der WR-Kontrolle partielle Hemmung, bei den anderen zwei war die WR einwandfrei negativ. Auf die Bedeutung der Salvarsanbeimischung ist oben schon hingewiesen worden.

Digitized by Google

67 Liquoruntersuchungen wurden mit WR und SGR zugleich ausgeführt, und zwar in der WR so hoch ausgewertet, als die zur Verfügung stehende Menge es erlaubte, in der SGR bis 0,5 ccm Liquormenge.

WR +, SRR +, waren 21;
WR —, SGR —, „ 42;
WR +, SGR —, „ 3;
WR —, SGR +, war 1 Liquor (Grippe).

Der Liquor wurde stets inaktiviert, vielleicht ist es darauf zurückzuführen, daß die Liquorkontrolle im Agglutinoskop stets klar erschien. Im großen Ganzen waren die Ausflockungen der positiven Liquores aber schwach, nur dreimal +++, sonst fast nur +, selten einmal ++. Des Interesses halber sei obiger Fall von Grippe angeführt, dessen Serum zweimal positive (++) Ausflockung hatte, der Hirnsymptome aufwies und zweimal bei sonst negativem Liquorbefund positive (++) Ausflokkung auch im Liquor zeigte bei 0,5 ccm. WR dauernd negativ, SGR im Blut später auch negativ.

Zusammenfassung: Es gelingt, mit der SGR eine weitgehende — 98,3prozentige — Übereinstimmung mit der WR zu erzielen, vor allem bei Anwendung der Brutschrankmethode, die als die Normalanordnung anerkannt werden muß. Dadurch werden auch bei einem Material, das etwa 30% von Nicktluetikern stammt, die unspezifischen Reaktionen weitgehend verringert.

Durch Erhöhung der Serummenge auf 0,2 ccm bei sonst gleicher Anordnung wird einerseits die Beurteilung schwach positiver Fälle erleichtert, andererseits ein weiterer Teil von Luesseren, allerdings vielleicht auch hin und wieder ein Nichtluesfall positiv.

Auch aus Pferdeherzen läßt sich nach der von Sachs und Georgi für Rinderherz gegebenen Vorschrift ausgezeichneter Extrakt gewinnen.

Literatur.

1. Kleeberg, Derm. W., 1920, Nr. 3. — 2. Baumgärtl, M. m. W., 1920, Nr. 15. Daselbst siehe Literatur! — 3. Neukirch, Zschr. f. Imm., Bd. 29, Heft 3. — 4. Kurt Meyer, M. Kl., 1919, Nr. 11. — 5. Münster, M. m. W., 1919, Nr. 19. — 6. Blumenthal, M. Kl., 1919, Nr. 31. — 7. Georgi, Bioch. Zschr., Bd. 93, H. 1/2. — 8. Neukirch, l. c. — 9. Meinicke, M. m. W., 1918, Nr. 49. — 10. Kafka, M. m. W., 1918, Nr. 50. — 11. Gaethgens, M. m. W., 1919, Nr. 33. — 12. Klienebberger, Derm. W., 1920, Nr. 16. — 13. Dold, D. m. W., 1920, Nr. 3. — 14. Pohlmann, Derm. Zschr., Bd. 29, H. 1. — 15. Wodtke, M. m. W., 1920, Nr. 15. — 16. Schönfeld, M. m. W., 1920, Nr. 14. — 17. Zurhelle, Derm. Zschr., Bd. 28, H. 3. — 18. Meinicke, M. m. W., 1919, Nr. 33. — 19. Konitzer, M. Kl., 1919, Nr. 14. — 20. Münster, M. m. W., 1919, Nr. 19. — 21. Felke u. Wetzell, M. m. W., 1919, Nr. 47. — 22. Sachs u. Georgi, M. m. W., 1919, Nr. 16, Fußnote. — Dieselben, M. m. W., 1920, Nr. 3. — 23. Hauck, M. m. W., 1920, Nr. 13.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. RILLE).

Über Paraffinkrebs.

Von

Dr. OTTO KÜNTZEL.

(Schluß.)

„Teerkrätze" und -krebs tritt nicht nur in der Braunkohlen- und Erdölindustrie („Paraffinkrebs"), sondern ebenso regelmäßig in der Steinkohlenteer- und Pechindustrie auf (Koks-, Kohlen-, Anthrazit-, Anthrazenwerke, Brikettfabriken, Korksteinfabriken u. ä.); auch hier kommen krebsige Entartungen, und zwar ebenfalls besonders am Skrotum, vor. Ein geringfügiger Unterschied zwischen Steinkohlenteer-, bzw. Pechkrätze und Braunkohlenteer- und Paraffinkrätze besteht vielleicht darin, daß bei jener von außen her eine Imprägnierung der unbedeckten Haut mit Pechstaub (Pechbräunung, „Pechhaut") hinzukommt und daß die Komedonenbildung mehr in den Vordergrund zu treten scheint (EHRMANN [22])). — Bemerkenswert ist, daß solche Hautaffektionen bei der Verarbeitung von „Stichofenpech" (blast furnace pitch) ausbleiben (HOFFMANN [23])), was sowohl auf der besonderen Art der verwendeten Kohle als auch auf der niedrigen Destillationstemperatur des Stichofenpechs beruhen soll. — Fast dieselben Erscheinungen finden sich als „Chlorakne" in elektrotechnischen Fabriken bei Arbeitern, die mit der Reinigung der Zersetzungszellen der Chloralkalien beschäftigt sind; diese Zellen sind mit Teer, der eigentlichen Ursache der Krankheit, getränkt (LEYMANN [24])).

Nach LEYMANN wirkt Teer nicht nur bei unmittelbarer Berührung auf die Haut, sondern auch die daraus entstehenden Dämpfe und Gase können sehr lästige Reizwirkungen der Gesichtshaut ausüben, besonders im Frühjahr, wenn es wärmer wird, sowie bei unmittelbarer Sonnenbestrahlung und bei scharfem Winde oder Luftzug; jedoch werden nur besonders empfindliche Personen davon befallen. Auch „schmerzhafte Augenentzündungen", sogar fast völlige Erblindung sollen als Folge von Beschäftigung in Teerfabriken vorgekommen sein (LEYMANN). Nach FISCHER-SOMMERFELD [25]) soll Einwirkung von Stein- und Braunkohlenteer auf größere Hautpartien auch Allgemeinerscheinungen wie Appetitlosigkeit, Brechneigung, Durchfälle, Kopfschmerzen, Benommenheit, Schwindelgefühl, ferner Störungen der Harnblase (Ischurie, Strangurie), auch Albuminurie und Ödeme hervorrufen.

Es könnte sein, daß in dem einen der von EHRLICH veröffentlichten Fälle von Paraffinkrebs (H. E., 46 J.) die bestehenden Harnbeschwerden, deren Ursachen leider noch nicht festgestellt werden konnten, in direktem ätiologischem Zusammenhang mit der Paraffineinwirkung stehen. Denn

[22]) EHRMANN, Die Pechhaut, eine Gewerbedermatose. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1909, S. 18. — [23]) HOFFMANN, F. L., The Mortality from Cancer throughout the World. Newark, New Jersey, 1915, S. 53. — [24]) LEYMANN, Steinkohlenteer- oder Steinkohlenteer-Pechkrätze und Krebs. Zentralbl. f. Gewerbehygiene, 1917, S. 2ff. — [25]) FISCHER-SOMMERFELD, zit. bei LEYMANN, vgl. [24]).

Digitized by Google

schon POSNER[26]) berichtet über einen von GOLDSCHMIDT beobachteten Fall von deutlichem Blasenkarzinom bei einem Teerarbeiter, der gleichzeitig an typischem Skrotalkrebs litt. Die Möglichkeit ist jedenfalls wohl nicht ganz von der Hand zu weisen, daß irgendwelche Bestandteile des unreinen Paraffins eine ähnliche Wirkung entfalten können, wie man sie bei Anilinarbeitern beobachtet. Bei diesen dringen bekanntlich gewisse giftige Substanzen der Anilinfarben durch die intakte Oberhaut hindurch und rufen durch toxische Einwirkung besonders auf die Gefäße der tieferen Hautschichten akute erythematöse Hautentzündungen hervor (BLASCHKO[27])); gleichzeitig gelangen toxische Stoffe durch Resorption durch die Hautgefäße ins Blut, werden durch die Nieren wieder ausgeschieden und rufen in der Blase zunächst Zystitis hervor, die schließlich in Blasenkrebs übergehen kann (ARNSTEIN). Daß auch Bestandteile des unreinen Paraffins bei nur äußerer Berührung damit ins Blut übergehen und schädliche Wirkungen auf den Harnapparat ausüben können, dafür spricht auch eine Beobachtung GAWRONSKYs, die er bei Tierversuchen gemacht hat: er setzte den halben Rücken zweier Hunde 7 Tage lang der Paraffineinwirkung aus; beide Tiere starben nach wenigen Tagen unter starker Abmagerung. Sektionsbefund: keine Veränderungen außer hochgradiger „parenchymatöser Nephritis" (ausgedehnte Nekrose der Tubuli contorti. Glomeruli und Interstitium unverändert.). GAWRONSKY schreibt das Zustandekommen dieser Nephrose, wie wir es wohl heute nennen würden, den in der Paraffinmasse enthaltenen Phenolderivaten zu. — Vielleicht können regelmäßige Harnuntersuchungen bei Leuten, die an schwerer Teer-, bzw. Paraffinkrätze oder an Teer-, bzw. Paraffinkrebs leiden, mehr Klarheit in diese bisher wenig beachteten Verhältnisse bringen.

Welches nun eigentlich der wirksame Bestandteil im unreinen Teer oder Paraffin oder im Rohöl oder im Ruß ist, hat man bis heute noch nicht mit Sicherheit feststellen können; beschuldigt wurden Ammonium, bzw. Ammoniakverbindungen (STÖHR, TILLMANNS), Karbolsäure (VOLKMANN), Naphthalin (EULENBERG[28])), Akridin (LEYMANN, LEWIN), Stoffe der Anthrazen- bzw. Anthrachinonreihe (LEWIN), schwefelsaures Ammonium und Schwefelsäure (GREEN[29])). Auch durch Tierversuche ist eine Lösung dieser Frage bisher nicht gelungen (WACKER und SCHMINCKE).

Das Teer- und Paraffinkarzinom bleibt verhältnismäßig lange lokalisiert, wächst mehr in die Breite als in die Tiefe und setzt erst spät Drüsenmetastasen. Metastasen in inneren Organen wurden noch nicht beobachtet; die Neigung zu eigentlichen Narbenrezidiven ist gering. Die Prognose dieser Krankheit ist daher bei rechtzeitiger, d. h. vor dem karzinomatösen Zerfall der regionären Lymphdrüsen ausgeführter Operation verhältnismäßig günstig. Trotzalledem sind für die Dauer die Aussichten für den Paraffinarbeiter ungünstiger als nach anderen radikal operierten Karzinomen; denn die Disposition, die in den chro-

[26]) POSNER, Über Blasengeschwülste. Deutsche Klinik, X. 1., 1905, S. 470. — [27]) BLASCHKO, Gewerbliche Hautkrankheiten, in WEYLS Handb. der Arbeiterkrankheiten, Jena 1908. — [28]) EULENBERG, Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens, II, Berlin 1882, Artikel „Paraffinindustrie". — [29]) GREEN, C. E., The Cancer Problem: A Statistical Study, Edinburgh 1911, zit. bei HOFFMANN (vgl. [23])), S. 64.

Digitized by Google

nischen Hautveränderungen gegeben ist, bleibt bestehen, besonders bei weiterem Verbleiben des Arbeiters in derselben Beschäftigung. Insofern ist selbst nach radikaler Exstirpation lokalisierter Paraffinkarzinome die Prognose mit Vorsicht zu stellen (EHRLICH). So berichtet EHRLICH einen Fall:

Patient arbeitete 10 Jahre in einer Paraffinfabrik. Beim Austritt aus derselben bestand leichte Paraffinkrätze, die sich in den folgenden 4 Jahren, während derer Patient in der Landwirtschaft arbeitete, wohl besserte, aber nicht verschwand. Kurz nach Wiedereintritt in die Paraffinfabrik entwickelte sich ein Carcinoma scroti. — Ähnlich verlief der weiter unten mitgeteilte, in der Leipziger Universitätsklinik behandelte Fall. — Noch merkwürdiger ist ein bei LIEBE zitierter, von dem englischen Arzt CURLING beobachteter Fall: Bei einem Matrosen, der früher Schornsteinfeger gewesen war, entwickelte sich 22 Jahre nach dem Aufgeben dieses Berufes ein Skrotalkarzinom.

Die beste Therapie des lokalisierten Paraffinkarzinoms ist zweifellos die chirurgische: Exstirpation des karzinomatösen Herdes möglichst weit im Gesunden. Die regionären Lymphdrüsen, die oft nur entzündlich, nicht heteroplastisch geschwollen sind, sollen nach LIEBE nur dann operativ angegriffen werden, wenn deutliche Vergrößerung und Härte auf einen anderen als nur entzündlichen Zustand schließen lassen. EHRLICH ist noch vorsichtiger und bezeichnet die Unterlassung der Drüsenausräumung nur ausnahmsweise bei gut verschieblichen Oberflächentumoren als zulässig. — In sehr weit vorgeschrittenen, inoperablen Fällen kann man mit Röntgenstrahlen, Bestrahlung mit radioaktiven Substanzen, Hochfrequenzbehandlung, Diathermie und Kombination der Bestrahlung mit Chemotherapie den Zerstörungsprozeß zu verlangsamen suchen.

Wichtiger noch als die Therapie ist die Prophylaxe des Paraffinkrebses. Da aber das Paraffinkarzinom gewissermaßen nur das Endstadium präkanzeröser Hautveränderungen, der Paraffin- oder Teerkrätze, ist, so muß die Prophylaxe möglichst das Zustandekommen letzteren Krankheitszustandes zu verhüten suchen. Denn auch längeres Pausieren ist nicht imstande, die Karzinomentwicklung sicher zu verhindern, wenn sich schon eine chronische Paraffinkrätze herausgebildet hat. Es gilt also in erster Linie die Schädlichkeiten fernzuhalten, und zwar einerseits durch Einführung technischer Neuerungen im Betriebsverfahren, die eine Beschmutzung der Arbeiter mit den schädlichen Stoffen möglichst vollkommen ausschalten. Hierfür empfiehlt ULLMANN für die Erdölindustrie die Anwendung des Gefrier-, bzw. Spritzverfahrens statt der Preßapparate. In Brikettfabriken und ähnlichen Betrieben sind die Fabrikräume möglichst staubfrei zu halten. Andrerseits muß der Körper der Arbeiter, soweit eine Berührung mit den reizenden Stoffen unvermeidlich ist, durch Arbeitskleidung geschützt werden, die an Händen und Gesicht dicht schließt und jede Woche gewaschen wird. Diese Kleidung darf nur während der Arbeit in der Fabrik getragen werden. Die unbedeckten Körperstellen sind durch Einfetten der Haut oder durch Einreiben mit feiner Schlemmkreide oder durch Beschmieren mit feuchtem Lehm oder Ton vor direkter Berührung mit den Schäd-

Digitized by Google

lichkeiten zu schützen (LEYMANN). ULLMANN empfiehlt täglich während der Arbeit mehrmals gründliches Händereinigen durch Abreiben mit Sägespänen, abends nach der Arbeit mit Benzin. Übereinstimmend wird von den verschiedensten Seiten tägliches warmes Vollbad nach Arbeitsschluß unter reichlicher Seifenanwendung empfohlen. Schließlich wird ständiges Anhalten zur Reinlichkeit durch Aufseher und ärztliche Kontrolle angeraten (ULLMANN).

In Fabriken, in denen derartige Schutzmaßregeln bereits seit längerer Zeit regelmäßig und ausnahmslos angewendet werden, sind die Fälle von Paraffinkrätze und -krebs bereits sehr viel seltener geworden als früher, so daß man mit Recht hoffen kann, daß bei weiterer Vervollkommnung prophylaktischer Maßnahmen diese Krankheiten allmählich ganz verschwinden werden.

* * *

Ich komme nun zur Mitteilung eines Falles von Paraffinkrebs, der im Jahre 1909 in der Leipziger dermatologischen Universitätsklinik beobachtet wurde.

E. S. aus Taucha bei Leipzig arbeitete etwa 10 Jahre lang in einer Paraffinfabrik, und zwar von seinem 39. bis 49. Lebensjahre (1895—1905). Während dieser ganzen Zeit hatte er beständig mit geschwürigen Prozessen an den Armen, Beinen und im Gesicht zu tun. Nach achtjähriger Tätigkeit in der Paraffinfabrik traten Geschwüre am Skrotum und an der linken Schläfe auf. Patient begab sich deshalb in ärztliche Behandlung: Exzision der Ulzera, Heilung.

Ein halbes Jahr später bemerkte Patient wiederum ein Geschwür am Skrotum und gleichzeitig Knoten in den Leistenbeugen. Er wurde zum zweitenmal operiert: Exzision der Ulzera, Exstirpation der geschwollenen beiderseitigen Leistendrüsen.

Danach arbeitete S. noch über ein Jahr lang in derselben Fabrik weiter, gab dann aber diese Beschäftigung auf und war seit seinem 49. Lebensjahre in der chemischen Abteilung einer Fabrik für Buch- und Steindruckfarben tätig. Der Hautausschlag ging in dieser Zeit etwas zurück. Mit $52^1/_2$ Jahren, also $3^1/_2$ Jahre nach dem Austritt Ss. aus der Paraffinfabrik, bemerkte Patient jedoch eine neue, sehr schnell wachsende Geschwulstbildung am Skrotum, die er zunächst $^1/_2$ Jahr lang mit trockenen Umschlägen behandelte, bis er sich schließlich Ende Oktober 1909 im Alter von 53 Jahren in der Leipziger Universitätsklinik (Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten) aufnehmen ließ. Der Befund bei der Aufnahme (25. X. 1909) war folgender:

E. S. ist mittelgroß, mittelkräftig, in mittlerem Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Zervikal- und Kubitaldrüsen nicht zu tasten. Inguinaldrüsen beiderseits hanfkorn- bis erbsengroß, multipel, verschieblich, von vielleicht etwas derberer als normaler Konsistenz.

Die Haut der Extremitäten ist überall trocken, schlaff, rauh und mit feinen weißen Epidermisschüppchen bedeckt. Besonders ausgesprochen sind die Veränderungen an den Beugeseiten der Vorderarme und den Streckseiten der Oberschenkel. Die Haut der Vorderarme zeigt im ganzen einen schmutzig gelbbraunen Farbton und ein marmoriertes Aussehen, d. h. unregelmäßiges Abwechseln weißer, pigmentfreier, narbigglatter Hautstellen mit hell- bis rot- und schmutzigbraunen Bezirken. Zahlreiche, meist überlinsengroße Flecke von schmutzig-roter oder hellbrauner Farbe sind besonders dicht mit Schuppen bedeckt und gleichen so psoriasisartigen Effloreszenzen. Hier und da sitzen der Haut borkenartige, das Hautniveau deutlich überragende, scharfbegrenzte Schildchen von graubrauner Farbe auf, die fast wie Mörtelspritzer aussehen. Stärkere Schuppenauflagerungen finden sich ferner in der unmittelbaren Umgebung von ganz oberflächlichen, etwas nässenden ekzematösen Epitheldefekten. Nicht sehr zahlreich bemerkt man weiter typische, etwas glänzende, sehr harte Hauthörner von etwa Hirsekorngröße. Schließlich finden sich an einigen Stellen breite, flache, beetartige, warzige Bildungen von dunklerer Pigmentierung als ihre Umgebung und mit ungleichmäßiger

Digitized by Google

Oberfläche. Die Hände sind, mit Ausnahme der Handrücken, frei von pathologischen Erscheinungen.

Die Veränderungen an den Streckseiten der Oberschenkel gleichen im wesentlichen den eben beschriebenen Affektionen der Vorderarme.

Außerdem bemerkt man unter dem linken Ohre am Kieferwinkel einige erbsengroße, derbe, erhabene Exkreszenzen, die teilweise oberflächlich erodiert und mit einer Blutkruste bedeckt sind. Nach der Schläfe zu verschiedene fleckförmige Rötungen und einige alte Narben.

Am stärksten affiziert ist das Skrotum. Dieses ist im ganzen entzündlich infiltriert, die Hautfalten sind verstrichen. Die an zahlreichen Stellen stärker infiltrierte Hautoberfläche erscheint unregelmäßig. An der Vorderseite des Skrotums befindet sich dicht unterhalb der Peniswurzel ein unregelmäßig begrenztes tiefes Geschwür von 4 cm größter Breite und 3,5 cm größter Höhe. Der Geschwürsgrund zeigt lebhaft rote Granulationen, ist stellenweise grubig vertieft und an einigen Stellen von eitrig-fibrinösen Massen bedeckt. Die Ränder sind derb, wallartig aufgeworfen, zerklüftet, zackig. Vom unteren Pol des Skrotums sich auf die hintere Skrotalwand erstreckend findet sich ein zweites Geschwür von ähnlicher Beschaffenheit, doch flacher. Unterhalb des erstgenannten Geschwürs sieht man eine mächtige, stark prominente Wucherung, pilzförmig, breit der Hautoberfläche aufsitzend, von himbeerartig zerklüfteter Beschaffenheit, derber Konsistenz und stellenweise erodiert; ihre Größe ist etwa die einer Himbeere. Am linken Skrotalrand oben sitzt ein fast walnußgroßer, bis zu 1,5 cm über die Hautoberfläche prominierender, ebenfalls pilzförmig und breit aufsitzender, lebhaft gerötеter Knoten, aus dessen zerklüfteter Beschaffenheit man schließen kann, daß er aus mehreren beieinanderliegenden Wucherungen konfluiert ist. Auch er ist an einer Stelle ulzeriert und mit Eiter bedeckt. Außerdem bemerkt man zwischen den eben beschriebenen Erscheinungen am Skrotum zerstreut mehrere hanfkorn- bis überlinsengroße, derbe, erhabene Knoten und warzige Bildungen.

Die Haut des Penis ist von normaler Beschaffenheit. — In beiden Leistenbeugen sieht man je eine strichförmige, reaktionslose Narbe, von der früheren Operation (Drüsenexstirpation) herrührend.

Die Therapie bestand während der ersten Wochen in Borwasserumschlägen, Sitzbädern und Röntgenbestrahlungen. Hierdurch wurde keine Besserung erzielt. Vielmehr nahmen die knolligen Protuberanzen an Zahl und Größe zu, die Geschwüre vertieften sich, ihre Absonderung wurde sinkend. Links im seitlichen Skrotalgebiet traten einige fistulöse Bildungen auf, die wegen Schmerzhaftigkeit nicht zu sondieren waren. Patient wurde blasser und kachektisch von Aussehen und klagte über starke Schmerzen in den Knotengebieten. Aus diesen Gründen erfolgte seine Verlegung nach der chirurgischen Abteilung.

Hier wird am 17. XII. 1909 in Chloroformäthernarkose das ganze Skrotum, 1—2 cm von der eigentlichen Skrotalhautgrenze entfernt, umschnitten. Der Schnitt läuft am Perineum spitz zu, greift oben breit auf die Peniswurzel über, so daß auch noch ein Teil der Pars pendula freigelegt wird. Beim Abpräparieren der Skrotalhaut von den Samenstranggebilden und den Testikeln zeigt sich, daß der rechte Hoden sich glatt aushülsen läßt, während der linke an der Vorderfläche mit der infiltrierten Skrotalhaut verwachsen ist. Infolgedessen wird der linke Leistenstrang dicht unterhalb des Annulus inguinalis externus mit zwei Massenligaturen unterbunden und abgetragen. — Eine zweite Stelle, an der das Karzinom tiefer zu greifen scheint, befindet sich links am Damm; hier wird mit Messer und Schere möglichst das suspekte Gewebe entfernt. Der schließlich resultierende Defekt ist zum Zusammenziehen zu groß, namentlich läßt sich der Hoden nicht decken. Infolgedessen wird der rechte Hoden in den vorher etwas erweiterten Leistenkanal eingeschoben, nachdem in der Tiefe ein Peritonealzipfel hervorgezogen und inzidiert worden ist. Die Fixation des in die Bauchhöhle verlagerten Hodens erweist sich als nicht nötig. Am Damm läßt sich die schließliche Wunde etwas verkleinern, im übrigen wird sie lose austamponiert, da Transplantation auf den unregelmäßigen, zumeist aus Fettgewebe bestehenden Grund der Wunde nicht tunlich erscheint.

Die mikroskopische Untersuchung der exzidierten karzinomatösen Gebilde ergibt typischen Plattenepithelkrebs mit Verhornung.

Nach anfangs starker Sekretion schreitet die Heilung der Wunde allmählich fort. Am 7. III. 1910 ist sie bis auf eine linsengroße Granulationsstelle in der der Raphe entsprechenden Gegend verheilt. Patient wird in diesem Zustand beschwerdefrei in poliklinische Behandlung entlassen.

Digitized by Google

Aber schon am 22. IV. 1910 läßt sich Patient wieder in die Klinik aufnehmen; er klagt über Schmerzen in der linken Unterbauchgegend. Die kleine Wunde in der Operationsnarbe hat sich immer noch nicht geschlossen. In der linken Inguinalgegend ist eine haselnußgroße, derbe, oberflächliche Drüse zu fühlen. Ein größerer Tumor sitzt offenbar der Beckenschaufel fest auf. Auf dem rechten Nasenflügel ein fast bohnengroßes, höckeriges, warzenartiges Gebilde, nach Angabe des Patienten im Laufe der letzten Monate langsam gewachsen: beginnendes Karzinom.

Am 23. IV. 1910 Operation: Schrägschnitt in der linken Inguinalgegend. Die kleine, im Leistenkanal gelegene Drüse läßt sich leicht entfernen. Der größere Tumor ist allseitig, besonders in der Tiefe, fest verwachsen und läßt sich nicht mehr entfernen. Er zerreißt bei der Operation, und es entleert sich flüssig-bröckeliger Krebssaft. Drainage. Naht.

Zunächst scheint nun Besserung einzutreten. Der Kranke ist ohne Schmerzen. Mitte Mai kann er aufstehen und am Stock ohne erhebliche Beschwerden laufen. Bald darauf klagt aber Patient wieder über starke Schmerzen. In beiden Fossae iliacae entwickeln sich rasch große Tumoren, die Ende Juni Faustgröße erreicht haben und nach außen in die Leistengegend durchgebrochen sind. Auch die kleine Wunde in der alten Operationsnarbe am Damm hat sich wieder vergrößert und zeigt keine Neigung zur Heilung. Patient wird in letzter Zeit wieder mit Röntgenstrahlen behandelt. Der äußere Befund ändert sich in den nächsten Wochen wenig.

Am 15. VIII. 1910 Exitus letalis.

Die Sektion im pathologischen Institut ergab folgende anatomische Diagnose:

Defectus scroti (ex amputatione propter carcinoma). Ulcera regionis perinealis. Carcinomata metastatica partim ichorosa lymphoglandul. pelvis et retroperitonealium. Ostitis gangraenosa vertebr. lumb. IV et V. Infiltratio telae cellulosae pelvis carcinomatosa. Compressio et dilatatio ureteris sinistri. Hydronephrosis sinistra.

Bei unserem Kranken hatten sich also während seiner Tätigkeit in der Paraffinfabrik Hautaffektionen entwickelt, die wir oben bereits als „Paraffinkrätze" beschrieben haben. Womit P. in der Fabrik beschäftigt war, konnte ich nicht mehr ermitteln, ebensowenig, in welchem Maße das damalige Betriebsverfahren hygienischen Ansprüchen genügte. Bei den meisten Arbeitern tritt jedoch trotz dauernder intensiver Berührung mit reizenden Stoffen vollständige Gewöhnung ein; ihre Hautaffektionen machen ihnen bald nichts mehr zu schaffen und werden von ihnen kaum noch beachtet. Daß unser Patient hingegen dauernd mit geschwürigen Prozessen zu tun hatte, ist einerseits als Ausdruck einer ausgesprochenen Disposition zu ekzematösen Hautveränderungen zu bewerten, andrerseits läßt diese Tatsache vermuten, daß S. sich nicht gerade durch Reinlichkeit ausgezeichnet haben wird. Und weiterhin kann es bei dem engen Zusammenhang des Paraffinkarzinoms mit der „präkanzerösen" Paraffinkrätze nicht befremden, daß zugleich mit der Veranlagung zu ekzematösen Affektionen auch eine ausgesprochene Disposition zu Karzinomentstehung bei S. vorhanden war.

Es ist anzunehmen, daß schon die außerhalb der Klinik operativ entfernten Geschwüre am Skrotum und an der linken Schläfe karzinomatöser Natur waren. Dagegen dürften die bei der zweiten außerhalb der Klinik vorgenommenen Operation exstirpierten Leistendrüsen nur infektiös-entzündlich geschwollen, nicht karzinomatös verändert gewesen sein. Denn wir haben oben gesehen, daß Drüsenmetastasen bei Paraffinkrebs erst spät aufzutreten pflegen.

Bemerkenswert ist, daß, nachdem S. 3½ Jahre lang nicht mehr mit Paraffin in Berührung gekommen war, sich ein neues karzinomatöses

Digitized by Google

Geschwür am Skrotum entwickelte. Außer den oben angeführten Fällen von CURLING und EHRLICH fand ich in der Literatur kein weiteres Beispiel für einen derartigen Verlauf.

Aus den ekzematösen und psoriasisartigen Hautveränderungen an den Extremitäten unseres Patienten, die bei seiner Aufnahme in die Klinik noch ziemlich hochgradig waren, obwohl er zu dieser Zeit schon seit 4 Jahren nicht mehr Paraffinarbeiter gewesen war, kann man schließen, daß seine Hautaffektionen während seiner Arbeit in der Paraffinfabrik recht intensive gewesen sind. Die bei Aufnahme in die Klinik bestehenden beiden großen Geschwüre am Skrotum sowie die beiden großen Knoten daselbst waren schon rein äußerlich sicher als Karzinome anzusprechen. Ob die Schwellung der Inguinaldrüsen jedoch schon krebsigen Charakter hatte, ist zum mindesten sehr zweifelhaft.

Der ungünstige Krankheitsverlauf bei unserem Patienten läßt erkennen, daß durch nichtchirurgische Behandlung des Paraffinkrebses keine Heilung, durch operatives Eingreifen aber nur dann Heilung erzielt werden kann, wenn es möglichst frühzeitig erfolgt, d. h., ehe ein Tiefergreifen der karzinomatösen Bildungen stattgefunden hat.

Auffallend bleibt, daß trotz der sehr großen Ausbreitung der krebsigen Geschwulstmassen und trotz ihres teilweise jauchigen Zerfalls keine Karzinommetastasen in inneren Organen gefunden wurden.

A. LANZ †.

Am 28. Februar 1919 begleiteten die nächsten Verwandten, die Assistenten der Klinik, einige Kollegen und Freunde, aus Mangel an Fahrgelegenheiten zu Fuß, die Leiche des bekannten Moskauer Dermatologen A. LANZ zur letzten Ruhestätte. Den augenblicklichen Verhältnissen entsprechend wurde die Leiche auf einem einfachen Bauernschlitten geführt. Auf dem Friedhof konnte dieselbe nicht gleich beigesetzt werden, sondern mußte noch mehrere Stunden warten, bis die Totengräber sich bereit erklärten, für eine Zuschlagszahlung zum verabredeten Preise die Gruft zu vollenden. Wenn auch LANZ im 65. Lebensjahr gestorben ist, wurde doch sein Ende durch die letzten schweren Jahre beschleunigt. Von Geburt war er Schwede, kam aber als Knabe mit seinem Vater nach Rußland, besuchte das Gymnasium in Witebsk und darauf die medizinische Fakultät zu Moskau. Nach Vollendung derselben beschäftigte er sich zunächst als Volontär im Alt-Katharinenhospital zu Moskau, wurde aber im Jahre 1883 Assistent an der Moskauer Hautklinik, welche Stellung er bis zum Jahre 1886 beibehielt. Im Jahre 1887 vertauschte er diese Stelle mit derjenigen eines Abteilungsarztes am MJASSNITZKI-Krankenhaus für venerische Krankheiten, die er bis zum Jahre 1899 bekleidete. Im Jahre 1899 habilitierte er sich als Privatdozent für Dermatologie und venerische Krankheiten an der Moskauer Universität. Im Jahre 1910 wurde er zum Professor für Dermatologie und Syphilis an den höheren medizinischen Frauenkursen, der jetzigen 2. Moskauer Staatsuniversität, gewählt, welches Amt er bis zum Tode einnahm. War er auch nicht mehr jung, als er Direktor der Hautklinik wurde, so widmete er sich dennoch mit voller Kraft und Liebe derselben und hatte die Freude, im Mai 1914 die Hautklinik in ein eigenes herrliches Heim überführen zu können, welches

Digitized by Google

dank der Munifizenz der Moskauer Kaufmannswitwe E. Ljubimowa erbaut und nach seinen und seines Schülers Dr. F. Mentschikows Angaben eingerichtet und mit den neuesten Errungenschaften auf dem Gebiet der Behandlung der Hautkrankheiten ausgestattet worden war. Dieses war der Höhepunkt im Leben von A. Lanz. Der Weltkrieg wurde sowohl für die dermatologische Klinik der Moskauer höheren medizinischen Frauenkurse als auch für ihn verhängnisvoll. Die Hautklinik mußte anfangs als Lazarett für Verwundete, darauf als Hospital für Flecktyphöse dienen und hat im letzten Winter arg unter dem völligen Mangel des Heizmaterials gelitten. Der klinische Unterricht in der Dermatologie und Syphilis fand mehr oder weniger nur am poliklinischen Material der Hautklinik im Warteraum derselben statt. Alles das wirkte so auf A. Lanz, daß er bereits im Jahre 1915 herzleidend wurde. Er erholte sich zwar wieder, aber seine Arbeitskraft war gelähmt. Er konnte in den letzten Jahren die Vorlesungen nur selten abhalten. Im November 1919 kam noch ein Nierenleiden hinzu, so daß er völlig bettlägerig wurde. Am 21. Februar 1920 ist er sanft entschlafen. Er ruhe in Frieden.

A. Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Bullöse Dermatosen.

Über Epidermolysis bullosa hereditaria mit einem Beitrag zur Kasuistik der dystrophischen Form, von Paul Sperling. (Diss., Heidelberg, Klinik Bettmann.) Köbner hat 1886 den Namen Epidermolysis bullosa hereditaria für eine Krankheit eingeführt, deren wesentliche Merkmale er im Namen schon angibt. Man unterscheidet 2 Formen, die exquisit hereditäre einfache Epidermolysis bullosa (Pemphigus héréditaire simple) und die dystrophische Form. Sakaguchi stellte bei 194 Fällen von Epidermolysis bullosa 104 mal hereditäre Belastung fest. Bei den dystrophischen Formen war nur in Fällen von Bettmann Vererbung nachzuweisen. Nach Sakaguchi zeigten sich von 179 Fällen 30 mal Hautatrophien, 23 mal Narben, 15 mal Pigmentierungen und 112 mal Nagelatrophien bzw. -dystrophien. Der angeführte Fall betrifft einen 28jährigen Landwirt, bei dem die Blaseneruptionen seit der Jugend meist an Füßen, Händen, Ellenbogen und Knien bestanden. Heredität war nicht nachweisbar. Als eigentümlicher Nebenbefund findet sich ein über den Stamm diffus verbreitetes Exanthem, das aus zahlreichen kleinpapulösen Effloreszenzen von Stecknadelkopfgröße besteht, die teils blaß, teils braunrötlich gefärbt sind und auf Druck verschwinden. An den Streckseiten der Ellenbogen- und Kniegelenke fällt eine rötlichbraune Verfärbung auf. Die Haut ist dort atrophisch, an den Knien besteht ausgesprochene Rhagadenbildung. Vom linken Olekranon beginnend hebt sich ein ausgesprochen livider, 2—3 cm breiter Streifen, der die Ulna begleitet, deutlich von der rötlichbraunen Hautfarbe der Streckseite des Unterarmes ab, um sich auf dem Handrücken auszubreiten. Die atrophischen Bezirke fühlen sich kühl an, zeigen teils Fältchen, teils matten Glanz und machen einen welken, zigarettenpapierartigen Eindruck. Die Haut ist verdünnt, ihre Elastizität nur wenig herabgesetzt. Im Gebiet des Streifens ist besonders im oberen Abschnitt eine leichte Infiltration vorhanden. Dieselbe Affektion findet sich am rechten Unterarm, jedoch in geringerem Maße. Die in dem beschriebenen Falle bestehende Hautatrophie hat eine große Ähnlichkeit mit der von Herxheimer-Hartmann veröffentlichten Akrodermatitis atrophicans. Die von der Atrophie befallenen Stellen waren in der letzten Zeit nicht mehr Sitz von Blaseneruptionen. Letztere sind nur spärlich an den oberen Extremitäten und treten der Atrophie gegenüber in den Hintergrund, während sie an den unteren Extremitäten vorherrschen.

F. Weiler-Leipzig.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Die Behandlung von Furunkulose und anderen tiefliegenden kokkogenen Infektionen mit Mangankolloid, von M. Morris-London. (Brit. m. J., 20. April 1918, Nr. 2990.) Das von Mc Donagh empfohlene Mangankolloid hat Verf. bei 4 Fällen von sehr ausgedehnter und hartnäckiger Furunkulose erprobt und sehr wirksam gefunden.

Digitized by Google

Die Injektionen werden intramuskulär in Dosen von 0,5—1,0 mit Pausen von 3 Tagen einige Male gegeben. Gelegentlich kommt man mit 3 Injektionen aus, bei anderen mußten mehrere, 9, gegeben werden. Bei allen Fällen waren andere Behandlungsarten schon längere Zeit vergeblich in Anwendung gebracht worden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erysipel, Phlegmone usw.

Die an der Haut und den Muskeln bei Gasgangrän auftretenden Farbenveränderungen, von C. Wallace. (Brit. m. J., 2. Juni 1917, Nr. 2944.) Unter Beigabe einer wohlgelungenen farbigen Tafel schildert Verf. diese Vorgänge in anschaulicher Weise. Abgesehen von der ikterischen Färbung, welche gelegentlich unter Beteiligung der gesamten Körperoberfläche hervortritt, ist das erste Zeichen eine leichte Spannung der Haut nebst Blässe derselben, wenn nicht vorher schon sich eine schmutzig rahmfarbene Färbung bemerkbar gemacht hat. Alsdann sieht man in schnellerer Reihenfolge mäßig scharf umschriebene violette Flecke hervortreten bei gräulicher Verfärbung der Zwischengebiete. Das nächste Stadium bildet die Entwicklung von Blasen mit blutigserösem Inhalt. Wenn die abgehobene Haut entfernt wird, findet man eine purpurrote, glänzende Kutis. In diesem Stadium ist die Amputation des affizierten Teils unabwendbar. Als letztes Stadium folgt dann die Umwandlung der violetten Färbung in eine tief gelblichgrüne. Somit sieht man hier am lebenden Körper alle Vorgänge des Absterbens der kutanen Gewebe. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Behandlung des Erysipels, von Alfons Brogli. (Diss., Freiburg 1917.) 90 Fälle. Das Wichtigste ist der Schutz der erkrankten Stellen gegen Läsionen durch Kratzen, Reiben usw. Fast alle Rezidive sind auf mechanische Läsionen vorher erkrankter Stellen zurückzuführen. Als zweckmäßigste Behandlung ist empfehlenswert das Einpinseln mit 5%igem Karbolöl zur Linderung der schmerzhaften Spannung und nach 8—12 Stunden ein leichtes Überstreichen der erkrankten Stellen und ihrer Umgebung mit einem in Jodtinktur getauchten Wattebausch. Kollargol und Höhensonnenbestrahlung, Eigenserum und Antistreptokokkenserum erzielten zum Teil günstige Wirkungen. Chirurgische Maßnahmen und Kauterisationen sind zu verwerfen.

F. Weiler-Leipzig.

Sklerom, Orientbeule usw.

Die Ätiologie von Craw-Craw, von A. Pijper. (J. trop. med. a. hyg., 1. November 1917, Bd. 20, Nr. 21.) Unter dem Namen Craw-Craw (oder nach Plehn: Dermatitis nodularis) beschreibt Castellani eine in den Tropen vorkommende Hautkrankheit, welche sich in Form von harten, fast verhornten Papeln von der Größe eines Hirsekornes bis zu der einer Erbse in großer Anzahl auftretend, präsentiert. Das Leiden ist manchmal mit Coolic-itch verwechselt worden. P. beschreibt einen frischen Fall dieser Art im Transvaal bei einem erwachsenen Kaffer. In einiger Entfernung hatte man den Eindruck, daß es sich um einen Fall von frischem Pockenausschlag handelte. Mit einem scharfen Spatel ließen sich Papeln leicht und mit nur geringer Blutung abheben. An gehärteten Präparaten fand man, daß die Papeln hauptsächlich aus Epithelzellen bestanden; in der Papillarschichte war Hyperämie nachweisbar und reichliche Ansammlung von polynukleären Leukozyten bei sehr undeutlicher Abgrenzung. Zur bakteriologischen Untersuchung wurden Stückchen von den Papeln 5—10 Minuten mit Alkohol behandelt und dann in Glukosebouillon eingebracht. Es entwickelte sich dabei in dem einen Präparat eine Kolonie von Bazillen, welche mit Diphtheriebazillen große Ähnlichkeit hatten. Sie gediehen auf verschiedenen Medien bei alkalischer Reaktion. Die Bazillen sind polymorph, ohne Eigenbewegung, von einer Länge von 2—5 Mikren, nicht säurefest, grampositiv und mit Loefflerschem Blau gut färbbar. Die Annahme, daß diese Bakterien die Ursache von Craw-Craw darstellen, fand durch Experimente am Kaninchen eine Stütze. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über verschiedene auf dem Balkan und an der Adria anzutreffenden tropischen Krankheiten, von A. Castellani. (J. trop. med. a. hyg., 1. September 1917, Bd. 20, Nr. 17.) Pellagra ist an manchen Orten in Mazedonien ganz häufig anzutreffen. Ein serbischer Soldat wurde auch wegen Pellagra vom Verf. behandelt. Bemerkenswerter Spirochätenbefund im Urin wird bei zwei Fällen von Pur-

Digitized by Google

pura erwähnt. Ikterus war dabei nicht im Spiel, aber bei dem einen Falle war die Milz stark geschwollen. Sehr verbreitet, namentlich unter den Soldaten, war die Dermatitis interdigitalis oder Dermatitis rimosa epidermophytica, welche in Ceylon unter dem Namen Mango-toe wohlbekannt ist. Der Raum zwischen den Zehen wird dabei von einem unerträglichen Juckreiz befallen als Wirkung des Epidermophyton cruris Castellani. Allmählich bilden sich tiefe Fissuren aus. Die weitere Liste umfaßt meist die bekannten Affektionen: Tinea cruris (Dhobi-itch), Tinea capilio, corporis und barbae, ferner „Prickly heat" („roter Hund", Miliaria rubra), Seborrhoea spinulosa, verschiedene Pyodermatosen, namentlich die gewöhnliche Impetigo, und gelegentlich Fälle, welche als Veld sore zu diagnostizieren waren. Ferner fanden sich Fälle von Trichomykosis flava, nigra und rubra, sonst als Xeptothrix in Europa wie in den Tropen bekannt und nach C. durch einen in drei Abarten, gelb, schwarz und rot auswachsenden Mikrokokkus bedingt. Die weitere Liste umfaßt Madura Foot, Intertrigo saccharomycetica, Saccharomycosis epidermica, Aspergillosis am Barte sowie Trichosporosis, Blastomycosis glutaealis und mit sonstiger Lokalisation, Sporotrichosis und Accladiosis. Letztere Erkrankung führt Verf. auf einen von ihm in Ceylon gezüchteten Pilz, Accladium Castelanii-Pinoy, zurück. Zur Behandlung erwies sich Jodkali nützlich. Die Läsionen waren als rundliche oder ovale Ulzerationen fast über den ganzen Körper verbreitet. Unter dem Namen Trench foot (Schützengrabenfuß) wird eine Affektion beschrieben, welche mit dem Madura foot Ähnlichkeit hat, wenn sie auch nicht als eine eigentliche tropische Krankheit zu gelten hat. Ödem, dunkelrote Verfärbung, Schmerzen und späterhin Gangrän sind die Hauptsymptome. In den Blasen der gangränösen Teile fand C. öfters Spirochäten. In einzelnen Exemplaren kamen auch vor: die Dermatosis festonata frontalis, Ainhum, Dermatosis nigro-circinata und Keratosen an Händen und Fußsohlen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Espundia im anglo-ägyptischen Sudan, von B. J. Susu. (J. trop. med. a. hyg., 2. Juli 1917, Bd. 20, Nr. 13.) Espundia, die durch die Leishmankörperchen bedingte ulzerative Entzündung an Mund und Nase, ist zuerst in Südamerika beobachtet worden, und Verf. weiß nur von einem einzigen bisher im Sudan (von Christopherson) beobachteten Falle. Bei einem dem Kunjarastamme angehörigen Landarbeiter im Alter von etwa 55 Jahren fand er nun in den ausgedehnten charakteristischen Geschwüren auch die Leishmania tropica in der Abart americana, wie von Wrigh u. a. beschrieben. Das Leiden war 3 Jahre zuvor zunächst als eine kleine Papel entstanden und hatte nunmehr, wie an den beigegebenen Abbildungen ersichtlich, die Nase und Oberlippe stark ergriffen und sich auch auf das Zahnfleisch ausgedehnt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung des Ulcus orientale, von W. S. Evans. (Brit. m. J., 8. Juni 1918, Nr. 2997.) Bei den englischen Truppen in Mesopotamien kamen zahlreiche Fälle von Malum perforans pedis vor mit den bekannten tiefen Unterminierungen und nachweisbarer Leishmania tropica. Zur Behandlung erwies sich folgendes als wirksam: Das Geschwürsgebiet wird durch Abtragen von affizierten Weichteilen und durch Betupfen mit Karbollösung und durch Umschläge möglichst gereinigt. Alsdann wird das Krankheitsgebiet (nicht aber die gesunde Umgebung) mit Sublimatpulver eingepudert und trocken verbunden. Nach 2 Stunden beginnt man mit heißen feuchten Kompressen, und während der folgenden Tage wird zweimal täglich ein heißer Umschlag aufgelegt, bis die Wunde frisch und rein aussieht. Die weitere Heilung erfolgt dann unter feuchten Verbänden mit Sublimat (1 : 2000) oder Eusol. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Drei mit Tartarus emeticus behandelte Fälle von Granuloma venereum, von C. Bonne. (J. trop. med. a. hyg., 15. Mai 1917, Bd. 20, Nr. 10.) Das Granulom der Geschlechtsteile und Umgebung bildet in den Tropen bekanntlich ein sehr qualvolles und hartnäckiges Leiden mit ausgedehnten Geschwüren und Wucherungen. Die Ätiologie ist noch nicht überzeugend klargelegt. Zur Behandlung kommt die Exzision oder Kauterisieren in Frage. Vor einiger Zeit wurden intravenöse Injektionen von Tartarus emeticus von Aragao und Viduna empfohlen. Verf. hat zwei sehr hochgradige Fälle und einen leichteren Fall durchaus erfolgreich nach dieser Methode im Krankenhaus zu Paramaribo behandelt. Man verwendet eine 10%ige Lösung des Salzes in physiologischer Kochsalzlösung und gibt Dosen von 60—150 und 200 mg. Vor und nach der Injektion wird Normalkochsalzlösung einlaufen gelassen. Die Injektionen werden zunächst zweimal, später einmal wöchentlich gegeben. Bei diesen Fällen wurden 4—10 Injektionen gegeben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Bemerkungen über die Pathologie von „Barcoo Rot" (Veld-Geschwüre?), von C. J. Martin. (Brit. m. J., 9. Juni 1917, Nr. 2945.) Unter der Bezeichnung „Barcoo Rot" kennt man in Australien eine diffuse, meist oberflächliche Geschwürsbildung an den Händen und Vorderarmen, welche teils auf unzweckmäßige Ernährung, teils auf Schmutzeinwirkung zurückgeführt wird. Das Leiden tritt meist dann auf, wenn Leute einige Monate fern von aller Kultur im australischen Ödgebiete oder in Südafrika auf dem Veld gelebt haben. M. fand an den Haarfollikeln an den befallenen Gebieten verschiedene Mikroorganismen, Staphylococcus albus, aureus und citreus; auch fand sich B. diphtheriae an einigen Läsionen. Beim Veld-Geschwür freilich haben einige Beobachter keine Beteiligung der Haarfollikel gefunden. Verf. erklärt die Affektion als eine Äußerung der Einwirkung von verschiedenen sonst wenig pathogenen Parasiten auf einen durch Strapazen und unzweckmäßige Ernährung angegriffenen Körper. Zur Behandlung genügten meistens Umschläge mit schwachen antiseptischen Lösungen. Das Auszupfen der Haare aus der Haut an und um die affizierten Teile äußerte einen ausgesprochen günstigen Einfluß in bezug auf Heilung und zur Verhütung einer weiteren Ausdehnung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Anthrax der Haut, von E. F. Neob. (Brit. m. J., 1. November 1919, Nr. 3070.) Im Missionskrankenhaus zu Kaschmir hat Verf. 75 Fälle von Pustula maligna zu beobachten Gelegenheit gehabt. Von diesen Kranken sind sieben gestorben. Zur Behandlung hält Verf. die ausgiebige Anwendung des Ferrum candens für das zweckmäßigste Mittel. Von den tödlich verlaufenden Fällen waren fünf bei der Aufnahme schon hoffnungslos. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Weitere Studien über die Ätiologie der Sprue, von Hermann Dold-Halle a. S. früher Schanghai. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 23, H. 19.) Weitere zahlreiche Untersuchungen erbrachten eine Bestätigung unserer früheren Angaben, daß sich die Spruestühle in bakteriologischer Beziehung von den Stühlen gesunder oder an andersartigen Diarrhöen leidender Menschen hauptsächlich durch ihren exzessiven Gehalt an Gärungserregern, besonders vom Typus der Blastomyzeten und Oidien, unterscheiden. Verfütterung dieser Mikroorganismen an geeignete Versuchstiere (Mäuse, Affen) hatte die Produktion typischer Spruestühle zur Folge. Die Untersuchung der im Verlauf der Fütterungsversuche eingegangenen Tiere (Mäuse, Affen) ergab pathologisch-anatomische Befunde, welche mit den beim Menschen erhobenen im wesentlichen übereinstimmen. Bezüglich der aus den Spruestühlen herausgezüchteten Gärungserreger vom Typus Blastomyzes und Oidium konnte durch zahlreiche Züchtungsversuche gezeigt werden, daß allmähliche und sprunghafte Übergänge des Typus Blastomyzes in den Typus Oidium und umgekehrt vorkommen, wodurch scheinbar sich widersprechende Befunde früherer Autoren ihre Erklärung finden. Es wird ferner gezeigt, daß unsere experimentell gestützte Auffassung von der Sprue als einer durch Überwuchern von Gärungserregern (besonders vom Typus Blastomyzes bzw. Oidium) hervorgerufenen Störung ex correlatione eine zwanglose Erklärung aller wesentlichen Symptome der Sprue ermöglicht. O. Gans-Heidelberg.

Bericht über Erfolge mit der intravenösen Injektion von Antimoniumtartarat bei einem Falle von Espundia — naso-oraler Leishmaniasis — und 3 Fällen von Kala-Azar, von J. B. Christopherson. (J. trop. med. a. hyg., 15. Oktober 1917, Bd. 20, Nr. 20.) Unter dem Namen Espundia sind in Ägypten die Fälle bekannt, welche als Folge der Infektion mit den Leishman-Donovanschen Körperchen sich als entsetzliche Geschwürsbildungen am Munde und der Nase auf Haut und Schleimhäuten entwickeln. Ein krasses Beispiel dieser Art bei einem 60jährigen Mischling von teils arabischer, teils negroider Abstammung hat Verf. sehr erfolgreich mit intravenösen Injektionen von Tartarus emeticus (in steigenden Dosen von 0,03 bis 0,18) behandelt. Das Leiden hatte bereits 4 Jahre bestanden und war verschiedentlich in sonst zweckentsprechender Weise behandelt worden. Die Injektionen wurden zunächst täglich, dann einen Tag um den anderen gegeben, bis nach 8 Wochen alle Geschwüre geheilt waren und Leishmansche Körperchen sich nicht mehr vorfanden. Lokal wurden Spülungen mit 1%iger Lösung von Brechweinstein gegeben. Der Erfolg der Behandlung der geradezu formidabeln Zerstörungen an Mund und Nase ist durch Photogramme dargestellt. Von den 3 Fällen von Kala-Azar, der Allgemeininfektion mit Leishmanschen Parasiten, starben zwei, während der dritte, ein 20jähriger einheimischer Diener, vollkommen wiederhergestellt wurde. Die Diagnose war durch Nachweis der Körperchen bei der Punktion der Milz gesichert worden. Über die Technik der Injektionen gibt

Digitized by Google

Verf. ausführliche Vorschriften wie auch über Maßregeln bei der Punktion von Milz und Leber zu diagnostischen Zwecken. Zur Lösung des Salzes genügte im allgemeinen 1 ccm Wasser auf 0,03 des Salzes. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Zur Ätiologie der Addisonschen Krankheit und der Sklerodermie, von M. Gerson. (B. kl. W., 1918, Nr. 51.) Von den beiden antagonistischen Typen der Sympathikotoniker und Vagotoniker hat Verf. bei der Sklerodermie den letzteren gefunden. Da er es für aussichtsreicher hielt, den verminderten Tonus des Antagonisten zu erhöhen als den erhöhten Tonus herabzudrücken, so gab er den Vagotonikern das ihnen mangelnde Adrenalin 3mal täglich 5—8 Wochen lang als Stimulans des Sympathikus, um auf diese Weise das Gleichgewicht herzustellen. Verf. hat auf diese Weise 3 Fälle von Sklerodermie geheilt. 2 davon betrafen harte Schwellungen im Gesicht, die langsam nach 2—3 Monaten bei dieser Therapie abheilten und bei dauerndem Adrenalingebrauch nicht rezidivierten, der 3. auch Finger- und Handflächen. Ein 4. Fall wurde nur gebessert. E. Klemm-Leipzig.

Bericht über einen Fall von Pellagra, von A. Visyalingam. (J. trop. med. a. hyg., 16. April 1917, Bd. 20, Nr. 8.) Im Krankenhaus zu Taipsing, wo sonst Pellagra kaum oder gar nicht beobachtet wird, behandelte Verf. einen 32jährigen Chinesen, der seit 12 Jahren dort ansässig und bei Bergarbeiten beschäftigt gewesen war. Pat. war sehr abgemagert, litt an starken Diarrhöen und war so schwach, daß er kaum einige Schritte gehen konnte. An den nicht von der Kleidung bedeckten Stellen der Haut fand sich eine ausgedehnte dunkelbraune Dermatitis mit Schwellung und Spannung und einer erhabenen, fast schwarzen Umrandung. Verf. nennt als ätiologische Momente bei diesem Falle den Aufenthalt in ungesunder, dumpfiger Gegend, den Umstand, daß der Pat. einem grellen Sonnenlicht bei seiner Arbeit ausgesetzt war und die unzweckmäßige Ernährung mit schlechtem Reis und anderen Vegetabilien.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über Pathogenese bei Erkrankungen der Unterernährung und bei Pellagra, von P. Rondoni-Florenz. (Brit. m. J., 3. Mai 1919, Nr. 3044). Die hier mitgeteilten ausgedehnten Experimentaluntersuchungen bringen im allgemeinen eine Stütze der Auffassung der Pellagra als einer der Hauptsache nach durch Ernährungsdefekte bedingten Erkrankung. Verf. hat hauptsächlich die Wirkung einer einseitigen Ernährungsart bzw. der Nahrungsmittelentziehung bei Meerschweinchen untersucht. In erster Linie fiel es auf, daß die Nebennieren bei den Hungertieren, noch mehr aber bei den ausschließlich mit Hafer bzw. mit Mais gefütterten Tieren eine deutliche Gewichtszunahme gegen die Norm um fast das Doppelte aufwiesen bei gleichzeitigem allgemeinem Gewichtsverlust um etwa ein Drittel des normalen. Bei den mit Mais gefütterten Tieren waren ferner namentlich die Milz und die Schilddrüse affiziert, erstere mit Sklerosierung und mit Zunahme von elastischem und fibrösem Gewebe bei Verminderung der Lymphozyten in den Follikeln, während an der Schilddrüse zunächst Hyperämie und späterhin Hämorrhagien und Sklerose zu konstatieren waren. Bemerkenswert war noch die Beobachtung, daß Zusatz von einigen Kohlblättern oder von einem alkoholischen Extrakt von Kohlblättern die pathologischen Prozesse erheblich einschränkte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Kriegsärztliche Beobachtungen aus Rumänien, insbesondere über Klinik und Ätiologie der Pellagra, von L. Külz. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 22, H. 22/23.) Berichte über Fleckfieber, Malaria, Dysentrie, Skorbut, Pellagra und Geschlechtskrankheiten. Die sehr interessanten Ausführungen sollten im Original nachgelesen werden. Hier nur kurz die Feststellung K.s bezüglich der Pellagra. Der Ausbruch der Pellagra steht in quantitativer Abhängigkeit vom Maisgenuß. Es muß die langdauernde Zufuhr einer erheblichen Maismenge vorausgegangen sein. Niemals tritt eine Pellagra auf nach einmaligem Genuß einer noch so großen, selbst verdorbenen Maisportion. Damit ist eine unmittelbare pflanzliche Giftwirkung ausgeschlossen. Pellagra steht in qualitativer Abhängigkeit vom Mais. Jedem Mais kommt schlechthin eine pellagrabegünstigende Eigenschaft zu, die aber durchschnittlich nicht genügt, Krankheitserscheinungen hervorzurufen. Erst ihre besonders lange oder hochgradige Einwirkung wird wirksam. Die Wirksamkeit wird indessen wesentlich erhöht durch Veränderungen, denen der Mais selbst oder die aus ihm bereiteten Nahrungsmittel ausgesetzt sind, sei es bei unzweckmäßiger Aufbewahrung oder schlechter Zubereitung. Aber selbst dann vermag sich der

Digitized by Google

Organismus lange Zeit bis zu einem hohen Grade erfolgreich zu wehren. Die individuelle Empfänglichkeit gegenüber den Maisschädigungen weist die verschiedensten Grade auf. Lesenswert ist die eigene Krankengeschichte des Verf., der als „Überempfindlicher" von Pellagra befallen wurde. O. Gans-Heidelberg.

Pigmentanomalien.

Kurzer Beitrag zur Kenntnis des Mongolenflecks, von Walter Fischer und Shen Chen Yü-Schanghai. **Einiges über den Mongolenfleck,** von Walter Fischer-Schanghai. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 23, H. 19.) Der sogenannte Mongolenfleck oder auch Mongolengeburtsfleck ist ein Pigmentfleck, der bei den Neugeborenen in der Gegend des unteren Kreuzbeins und zwischen den Gesäßbacken deutlich durch seine bläuliche Farbe zu erkennen ist. Die Form dieses Pigmentflecks variiert stark. Am häufigsten ist er annähernd rund oder oval, es kommen aber auch unregelmäßigere Anordnungen vor. Der Fleck findet sich, wie die Bezeichnung „Geburtsfleck" sagt, schon beim Neugeborenen; er ist aber schon lange vor der Geburt vorhanden. F. hat ihn bei einem 27 cm langen Fötus, also im 6. Fötalmonat, makroskopisch deutlich gesehen. Er bleibt nach der Geburt noch lange bestehen und verschwindet dann ganz allmählich, so daß er in der Regel etwa bei 10jährigen nicht mehr zu erkennen ist. Er ist bei über 90% der Neugeborenen vorhanden. Man findet in der Kutis überall pigmentierte Zellen, die bald dicht zusammenliegen, bald etwas weniger dicht, mehr oder weniger gleichmäßig zerstreut zwischen nicht pigmentierten, langen Bindegewebszellen anzutreffen sind. Das Pigment ist im frischen, ungefärbten Präparat hellgelb oder bräunlich, kann aber auch viel dunkler, braungelb, braunschwarz, ja fast schwarz erscheinen. Das Pigment des Mongolenflecks ist ein echtes Melanin. O. Gans-Heidelberg.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Die Beseitigung von multipeln Warzen am Gesicht, von C. Jud-Sittingbourne. (Brit. m. J., 5. Juli 1919, Nr. 3053.) Ein 35jähriger Mann, der schon 11 Jahre an multipeln kleinen Warzen an Stirn und Kopfhaut trotz ausgiebigster Behandlung mit den verschiedenen sonst wirksamen Mitteln litt, gelangte auf folgende Weise zum Ziel: Zunächst wurden die Läsionen mit einer konzentrierten Lösung von Salizylsäure in Spiritus an einem Tage dreimal gepinselt; am nächsten Morgen wurden die Warzen mit einem scharfen flachen Instrument (genauere Bezeichnung nicht angegeben. Ref.) abgetragen, wobei nur eine kleine punktförmige Blutung entstand. Die blutenden Stellen wurden sofort mit Salizyllösung getupft, und das Betupfen wurde am selben Tage noch zweimal wiederholt. Bis die dabei entstehenden Schorfe abfallen, was ungefähr 1 Woche in Anspruch nimmt, wird das Gebiet täglich einmal mit reinem Spiritus gewaschen. Für große Warzen eignet sich das Verfahren nicht; es handelte sich hierbei um kleine Warzen von der Art der Stelwagonschen Verruca plana juvenilis mit vielen Dutzenden von Läsionen bei einem seborrhoischen Individuum.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Beseitigung von multipeln Warzen am Gesicht, von W. L. Wainwright. (Brit. m. J., 16. August 1919, Nr. 3059.) Das erfolgreichste Mittel ist nach W. die Ionisierung der Läsionen mit Magnesiumsulfat. Dabei darf niemals unterlassen werden, jedes der kleinen Gebilde mit einer feinen Nadel vor dem Ionisieren anzustechen. Der Strom braucht nicht mehr als 20—30 MA stark zu sein. Nach der Behandlung zeigen die Läsionen während der nächsten 8—9 Tage keinerlei Veränderung, fallen aber dann ab und sind verschwunden. Gerade für Fälle wie der von Jud (siehe oben) beschriebene ist dieses Verfahren ausgezeichnet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Adenom des Nabels, von C. H. Whitefurd-Plymouth. (Brit. m. J., 18. Mai 1918, Nr. 2994.) Bei einem 5jährigen Knaben bestand am Nabel von der Geburt an eine rote, himbeerartige Schwellung, und bei der Aufnahme fand man am unteren Rande des Nabels einen glatten, roten, ovalen Tumor von 1/2 Zoll Durchmesser und 1/8 Zoll Höhe. Abtragung. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose Adenom mit tubulösen Drüsen und einem zentralen Hohlraum. Die Abnormität beruht letzten Endes auf unvollständigem Verschluß des Ductus vitellinus.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Regressive Störungen und Atrophien.

Ein Fall von symmetrischer Gangrän (Raynaudsche Krankheit), von E. Goodall. (Brit. m. J., 16. August 1919, Nr. 3059.) Ein 42jähriger Soldat wurde nach etwa 5jähriger Dienstzeit mit Zeichen einer subakuten Manie und mit ziemlich ausgedehnter Gangrän an den Endgliedern aller Finger, wie an beigegebenen Photogrammen dargelegt ist, aufgenommen. Besondere Beachtung wurde dem Stickstoffgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit zugewandt, der nach einer besonderen Methode von Stanford bestimmt wurde; aber bestimmte Schlußfolgerungen, außer daß bei Geisteskranken eine leichte Steigerung dieses Stickstoffgehalts häufig angetroffen wird, haben sich hierbei nicht ergeben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zwei Fälle von Sklerodermie mit Raynaudschem Symptomenkomplex, von Walter Klappenbach. (Diss., Frankfurt 1917.) Auffällig ist in beiden Fällen die Bevorzugung der Stirn durch die sklerodermatischen Veränderungen. Im Fall 1 besteht eine streifenförmige, im Fall 2 eine streifen- und fleckförmige Sklerodermie (am Rücken typische Morphaea mit lilac ring). Im Fall 1 sind die vasomotorisch-trophisch-sensibeln Erscheinungen von intermittierendem Charakter vorhanden, wie sie die Raynaudsche Krankheit auszeichnen, die lokale Synkope, die lokale Asphyxie, die zyanotische Schwellung der Finger mit Hyperhidrosis, Temperaturerniedrigung und trophischen Störungen an der Haut und den Fingernägeln, endlich die Parästhesien und Schmerzen. Zu einer Gangrän ist es nicht gekommen. Bei Fall 2 setzten nicht allzulange Zeit nach dem schleichenden Entstehen einer zirkumskripten Sklerodermie die vasomotorischen Erscheinungen in Form lokaler Asphyxie, verbunden mit Parästhesien und Schmerzen ein. Zu einer Nekrose ist es auch in diesem Fall nicht gekommen. Am auffälligsten sind bei Fall 1 die Erscheinungen auf seiten des Gesamtkreislaufes. Der Blutdruck wurde während der asphyktischen Anfälle beträchtlich erhöht gefunden. Er war auch in den anfallsfreien Zeiten rechts, wo auch die Raynaudschen Symptome stärker ausgebildet waren, höher als links. In beiden Fällen besteht eine neuropathische Konstitution, die im Laufe der Jahre zu einer ausgesprochenen Neurasthenie geführt hat. In beiden Fällen bestehen keinerlei hysterische Symptome und auch keinerlei Anzeichen einer Störung in der Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion.
F. Weiler-Leipzig.

Über einen Fall von sehr starker, ausgedehnter Sklerodermie mit hochgradigen Veränderungen der Hände und Füße sowie über die Beziehungen der Sklerodermie zu den vasomotorisch-trophischen Neurosen und der Lehre der inneren Sekretion, von Günther Bran. (Diss., Rostock 1918.) Die 40jährige Patientin hatte vor 7 Jahren etwa 80 Fibrolysininjektionen erhalten ohne Beschwerden und ohne Temperatursteigerung. Bei wieder eingeleiteter Fibrolysinbehandlung trat bei der 2. Injektion hohes Fieber auf, das mehrere Tage anhielt und sich auch bei der 3. Spritze wieder einstellte. Der Krankheitsprozeß hatte sich im Verlauf der 7 Jahre teilweise gebessert. Dagegen hatte der Prozeß an den Händen nicht unbedeutend zugenommen. Und zwar äußerte sich diese Zunahme in stärkerer Verkrümmung und Fixation der Finger und ziemlicher Verdünnung der Finger und Knochen, was auch durch Röntgenaufnahme bestätigt werden konnte. Tyreoidin war ohne Erfolg verabreicht worden. Mit dem Abderhaldenschen Verfahren wurde Tyreoidea von dem Serum dieser Patientin und dem Serum von 5 anderen Sklerodermiekranken nicht abgebaut. Im Serum der Patientin waren keine mydriatischen Substanzen nachweisbar (Froschaugenversuch). Von den Theorien über die Ätiologie der Sklerodermie haben 2 die größte Wahrscheinlichkeit. Nämlich die von Cassirer aufgestellte angiotrophoneurotische und die Theorie, die die Sklerodermie als Folgeerscheinung innersekretorischer Vorgänge bezeichnet. Beide Theorien schließen sich gegenseitig nicht aus. Denn es ist denkbar, daß eine Angiotrophoneurose Störungen der inneren Sekretion hervorruft. Ebenso nahe liegt aber auch die Möglichkeit, daß aus Schädigungen der Organe mit innerer Sekretion eine Angiotrophoneurose resultieren kann. F. Weiler-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. August 1920 | Nr. 32 | Band 71

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag.

Muzinöse Bindegewebsdegeneration in der Haut (Färbung im Paraffinschnitt).

Von

Prof. C. Kreibich.

Man kennt die muzinöse Bindegewebsdegeneration von der Entartung der Bindegewebsinseln her, die zwischen die Stränge netzförmiger Epitheliome eingeschlossen sind. Auch um die Herde anderer Epitheliome, besonders bei alten Leuten, trifft man sie an. Daß die muzinöse Degeneration tatsächlich in der Haut viel öfter vorkommt, soll kurz beschrieben werden:

Bei einem Lichen sclerosus (Arch. f. Derm., 124, 3) fiel neben der metachromatischen Färbung der Bindegewebsfasern selbst, eine Zwischensubstanz auf, die sich durch deutliche Metachromasie verriet. Sie war mit feinsten Tröpfchen oder Körnchen bestäubt, die öfter auch zu länglichen stäbchenartigen Gebilden sich anordneten und auch die Bindegewebsfasern beschlugen. Zwischensubstanz und Körnchen färbten sich mit pol. Methylenblau, rotviolett mit Methylgrün-Pyronin rostfarben-orange, also ähnlich wie die Mastzellengranula. Die Körnchen waren nur vorhanden, wenn die Schnitte im Paraffin über Farblösungen gefärbt wurden, lösten sich offenbar in der wäßrigen Farbe auf, wenn das Paraffin vorher entfernt war. Daraus ging eine Überlegenheit der Färbung im Paraffinschnitt hervor, die auch anderwärts, so z. B. bei der Darstellung der feinsten Kernprotoplasmabeziehungen zum Ausdruck kam. Da die Methode bei Ersparung von Reagentien auch sonst sehr schöne Bilder liefert, so sei sie noch einmal genau beschrieben:

Der Paraffinschnitt kommt in eine Glaswanne (von etwa 20 cm Durchmesser), in welche man vorher 200—300 ccm destilliertes Wasser gegeben. Dem Wasser setzt man beiläufig 1—2 ccm Farblösung zu; hierfür eignen sich Methylenblau, Giemsa, Azureosin, Methylgrünpyronin, Saffranin, Neutralrot, Rongalitweiß usw., nicht hingegen Hälmatoxylin. Die Ausbreitung erfolgt, wenn man das Wasser vorwärmt oder die Schnitte mit dem Bunsenbrenner rasch überfährt. Die Färbung kontrolliert man, indem man den Paraffinschnitt auf dem Objektträger unter das Mikroskop nimmt. Bei Überfärbung differenziert man unter der gleichen Kontrolle, auf Wasser, dem etwas Glyzerinäther zugesetzt ist; ähnlich verfährt man bei der Färbung nach van Gieson. Ist die Färbung erfolgt, so fixiert man den Schnitt mittels Filtrierpapier, auf welches etwas absoluter Alkohol geträufelt wird, an den Objektträger (Albrecht-Störk). Läßt ihn luft-

Digitized by Google

trocknen, Xylol, Balsam. Mit ähnlichem Resultat kann man eventuell auch Serien, falls sie nur mit Alkohol auf den Objektträger fixiert sind, im Paraffin mittels verdünnter Farblösungen färben. Nach der Färbung Verfahren wie oben, Filtrierpapier mit absolutem Alkohol, lufttrocknen, Xylol, Balsam.

Mittels der angegebenen Technik wurden einige alte Paraffinblöcke speziell auf muzinöse Degeneration untersucht und hierfür die Färbung über verdünnter Karbol-Methylgrünpyroninlösung am besten gefunden. Die muzinös degenerierten Herde treten leuchtend orange gefärbt hervor, mit der Immersion sieht man die muzinöse Masse mit feinsten oder gröberen Körnchen oder stäbchenartigen intensiv rostbraunen Gebilden bedeckt, die bei der Färbung des Schnittes ohne Paraffin nicht vorhanden sind. Da in letzterem Falle auch der orange Ton viel schwächer ist, so gibt somit nur die oben wiedergegebene Technik ein vollständiges Bild. Dies zeigte sich deutlich bei einer chronischen Lichenfikation nach Ekzem. Die muzinösen Herde finden sich um alle Knäueldrüsen herum. Einmal fanden wir sie auch längs des Follikelepithels langer Haare. Es fand sich muzinöse Degeneration aber auch hoch in der Kutis, im Bereich der Subpapillargefäße, manchmal bis in die Papillen hinaufreichend. Mit schwacher Vergrößerung sieht man hier eine mehr diffuse Orangefärbung, die sich mit Immersion, wie oben beschrieben, auflöst. Ähnliche Resultate erzielt man mit Giemsa, Azur, Rongalitweiß, die muzinösen Herde sind violett gefärbt und die Körncheneinlagerungen in derselben Farbe noch intensiver gefärbt, trotzdem ist Carbol. methyl. pyronin wegen des starken Kontrastes vorzuziehen. Mit letzterer Farbe fanden wir z. B. geringe Grade muzinöser Degeneration im Zentrum von älteren Psoriasisherden, in Psoriasis annularis nach Arsengebrauch. Dort, wo die Epidermis von Parakeratose in Hyperkeratose überging, fand sich in der Kutis zarte muzinöse Degeneration. Selbstverständlich gibt die Methode ausgezeichnete Bilder dort, wo muzinöse Massendegeneration vorliegt, z. B. in den eingangs erwähnten Karzinomen und in myxomatösen Tumoren.

Aus dem Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Barmbeck (Abteilung Prof. Erich Plate).

Über Behandlung der Arthritis gonorrhoica.

Von

Dr. Friedrich Lahmeyer, Assistenzarzt der Abteilung.

Auf einer Abteilung mit einem großen Material an Gelenkerkrankungen wird man beim Durchsehen der einzelnen Fälle stets die Beobachtung machen, daß unter den Gelenkentzündungen nicht die primären Erkrankungen im Vordergrunde stehen, sondern daß bei der Mehrzahl der Fälle das Gelenk erst in sekundärer Weise betroffen ist. Eine Erklärung für dies eigenartige Verhalten scheint uns in der Berücksichtigung der Entstehung der Gelenke gegeben zu sein. Im Gegensatz zu allen übrigen Organen sind die Gelenke entwicklungsgeschichtlich nicht

Digitized by Google

angelegt. Die Gerüstsubstanz des Körpers, speziell die der Extremitäten, besteht aus ungegliederten Knorpelstäben, an denen sich entwicklungsgeschichtlich vorgebildete Muskelgruppen ansetzen. Die Kontraktionen der Muskeln führen zu Einknickungen der Knorpelstäbe, aus denen sich je nach der Funktion, der sie dienen sollen, die späteren Gelenke bilden[1]). So erklärt sich eine gewisse Unselbständigkeit der Gelenke. Wir kennen alle die Krankheitsbilder, bei denen die Veränderungen an den Gelenken so sehr im Vordergrund stehen, daß sie bis vor nicht allzulanger Zeit stets als primäre Gelenkerkrankungen gewertet wurden. Erst die Beobachtung gewisser Symptome hat uns erkennen gelernt, daß hier die Gelenke erst sekundär von einem anderen irgendwo im Körper gelegenen primären Erkrankungsherd aus infiziert worden sind. Solche Symptome, die uns auf die infektiöse Natur eines Prozesses hinweisen und nach der Eingangspforte suchen lassen, sind vor allem die Schwellungen der regionären Lymphdrüsen, außerdem die Art des Auftretens der Erkrankung in Schüben und das besonders im Beginn der Erkrankung bevorzugte Befallensein der großen Gelenke. Unter den Erregern solcher sekundären infektiösen Prozesse spielen die Gonokokken eine wichtige Rolle. Es dürfte daher von Interesse sein, vor einem Forum, das sich speziell die Bekämpfung dieses Erregers zum Ziel setzt, einige der für die Erkennung und Behandlung der Arthritis gonorrhoica wichtigen Gesichtspunkte darzulegen, so wie sie sich uns ergeben haben auf einer Abteilung, wo die Behandlung aller Arten von Gelenkerkrankungen einer unserer wichtigsten Tätigkeitszweige bildet.

Sehen wir zunächst von den Fällen ab, wo während einer akuten oder doch klinisch manifesten Gonorrhoe plötzlich eine Entzündung eines der großen Gelenke meist unter hohem Fieber auftritt. Solche Fälle werden als gonorrhoische Metastasen ohne weiteres imponieren. Dagegen bei allen chronischen, mehr schleichend verlaufenden Gelenkentzündungen sollte man noch vielmehr an die Gonorrhoe denken. Auch wenn zunächst scheinbar keine Anhaltspunkte dafür bestehen, man lasse sich nicht verdrießen, immer wieder nach Gonokokken zu suchen. Die aufgewandte Zeit und Mühe wird reichlich belohnt. Durch den Nachweis der Gonokokken haben wir uns ein dankbares Behandlungsfeld geschaffen, denn im Mittelpunkt unseres Behandlungsplanes muß stehen, daß erst nach Ausheilen der Gonorrhoe auch der Gelenkprozeß mit Sicherheit zum Stillstand gebracht ist. Monartikuläre Formen besonders mit Beteiligung des periartikulären Gewebes mit Tendenz zur Ankylosierung, mit Muskelatrophie und regionärer Drüsenschwellung sind von vornherein der gonorrhoischen Ätiologie sehr verdächtig. Jedoch nicht nur die großen Gelenke sind befallen, sondern bei den sich länger hinziehenden Fällen sehen wir den Prozeß sich auch in den kleinen Gelenken festsetzen. Wir beobachteten gonorrhoische Erkrankungen in den Mittelfuß-, den Zehen- und Fingergelenken, in der Articulatio sacroiliaca, in den Articul. sterno-costales und interchondrales und im Sternoklavikulargelenk. Die eben angeführten Gelenke scheinen ganz besonders

[1]) E. Plate, Arthritiden, rheumatische Erkrankungen und ihre militärärztliche Beurteilung. Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten 1917.

Digitized by Google

für gonorrhoische Metastasierungen empfänglich zu sein, es sind dies alles Gelenke, in denen keine ausgiebigeren Bewegungen stattfinden.

Kürzlich beobachteten wir einen Fall von gonorrhoischer Entzündung des Zwischenwirbelgelenks des 6. und 7. Halswirbels. Es handelte sich um einen angeborenen Schulterhochstand mit starker Skoliose der Halswirbelsäule. Es ist interessant, daß die Gonokokken sich gerade in diesem von vornherein minderwertig angelegten Gelenk etablierten. Mit dem Ausheilen der Gonorrhoe schwanden auch die sehr heftigen Genickschmerzen.

Mit besonderer Vorliebe siedeln sich die Gonokokken in Schleimbeuteln und Sehnenscheiden an; finden wir solche Entzündungen neben Gelenkerkrankungen, werden wir in der Diagnose einer Arthritis gonorrhoica erheblich bestärkt. Auch chronische Entzündungen der Bursae sehen wir nicht zu selten, am häufigsten die unter dem klinischen Bild der Achillodynie verlaufenden Entzündungen der zwischen Achillessehne und Kalkaneus befindlichen Bursa achillea sowie der an der Unterfläche des Tuber calcanei am Ansatz der Fascia plantaris gelegenen Bursa calcanea.

Ganz besonders möchten wir betonen, daß das Befallensein mehrerer Gelenke, sei es gleichzeitig oder mehr in zeitlicher Aufeinanderfolge, absolut nicht gegen eine Gonorrhoe spricht, wie vielfach angenommen wird. Zunächst könnte man bei solchen akut einsetzenden Fällen an eine Polyarthritis rheumatica acuta denken, bei letzterer werden jedoch auf Salizyl sämtliche Genkentzündungen restlos zurückgehen.

Bei der gonorrhoischen Polyarthritis werden vielleicht das eine oder andere Gelenk nach Salizyldarreichung ebenfalls abschwellen — es kann dies ebensogut spontan erfolgen —, in der Hauptsache wird jedoch der Prozeß unbeeinflußt bleiben und immer mehr seine Seßhaftigkeit dokumentieren.

Am schwierigsten zu erkennen, aber am allerwichtigsten erscheinen uns die chronischen Fälle mit ausgesprochenem polyartikulären Charakter, wo bei dem Bestehen einer chronischen, meist latenten Gonorrhoe immer wieder neue Gelenke befallen werden, oft in wochenlangen Abständen und mit ganz wechselnder Intensität. Während wir also ein oder das andere Gelenk in der bekannten schweren Form mit periartikulärer Beteiligung erkrankt sehen, tritt plötzlich meist unter Temperaturanstieg eine frische Entzündung mit oder ohne Erguß in einem anderen Gelenk auf, diese kann rasch abklingen, um sich dann wieder in einem neuen Gelenk zu etablieren. Flüchtige und seßhafte Formen finden wir so nebeneinander. Tritt noch eine Bursitis hinzu, so kann das Bild ein sehr mannigfaches werden. Wie eminent wichtig bei einer solchen zu monate-, ja jahrelangem Siechtum führenden Erkrankung die richtige Erkennung ist, liegt auf der Hand. Denn wie gesagt, der Nachweis des Grundleidens und seine Beseitigung sind die erste Bedingung für die definitive Heilung des Leidens, ohne die wir vor neuen Nachschüben niemals gesichert sind.

Bei unserem großen Material sehen wir gar nicht so selten in wenigen Stunden an einem Gelenk eine sehr schmerzhafte Schwellung auftreten, die nach wenigen Stunden verschwunden sein kann. Die

Digitized by Google

Schwellungen sind oft so gering, daß sie nur an besonders oberflächlich gelegenen Gelenken, wie zum Beispiel den Fingergrundgelenken, zu erkennen sind und hier sogar mit Hautrötung verlaufen. Daß diese geringen Schwellungen trotzdem mit so heftigen Schmerzen verlaufen, erklärt sich durch die Plötzlichkeit der Exsudatbildung und der daraus resultierenden Kapseldehnung. Voraussetzung für die schnelle Resorption ist ein tadelloses Funktionieren des lymphatischen Apparates. An Stellen, wo der Lymphapparat durch chronische Entzündungen, Drüsenexstirpation usw. Schaden gelitten hat, sehen wir aus diesen akutissime entstandenen Arthritiden dann chronische Formen hervorgehen, während an anderen Stellen des Körpers gleichzeitig aufgetretene Gelenkveränderungen prompt zurückgehen. Trotz der kurzen Dauer beruht die Schwellung in solchen Fällen sicher nicht nur auf einer einfach serösen Durchtränkung, die durch die Blutwege zur Aufsaugung kommen würde, sondern es sind wirklich zellige Elemente vorhanden, deren Resorption nur auf dem Wege der Lymphbahnen möglich ist. Mit diesen Fällen nahe verwandt ist die von Fournier als Arthralgie blennorrhagique bezeichnete Krankheitsform, wo an den Gelenken objektiv nicht das geringste nachzuweisen ist außer der durch die Schmerzhaftigkeit ausgelösten und durch muskuläre Spasmen bedingten Bewegungseinschränkung.

Der ätiologische Zusammenhang dieses Phänomens mit der Gonorrhoe wird schon dadurch auf das höchste wahrscheinlich, daß Patienten, die sonst nie an rheumatischen Erscheinungen leiden, bei jeder neu akquirierten Gonorrhoe stets wieder mit Arthralgien reagieren [1]).

Selbstverständlich gibt es außer der Gonorrhoe noch viele andere Infektionsquellen für Gelenkerkrankungen dieser Art. Man soll nur auch an die Gonorrhoe mitdenken. Besteht in solchen erwähnten Fällen kein Fluor, sind keine verdächtigen Bursitiden da, die uns von vornherein auf die richtige Fährte lenken, oder weist die Anamnese nicht auf eine Gonorrhoe, so werden wir auch alle anderen Möglichkeiten mit in Betracht ziehen. Wir werden eine bakteriologische Blutuntersuchung machen, wir werden die Tonsillen auf das gründlichste nach oft sehr versteckt liegenden Pfröpfen nachsehen. Erkrankungen der Nasennebenhöhlen, chronische Ohrerkrankungen, bakterielle Pyelitiden usw. sind sehr oft die Ursache solcher chronischen infektiösen Zustände, wo erst mit dem Beseitigen des eigentlichen Ausgangspunktes der Prozeß auch in den Gelenken zum Stillstand kommt. Finden wir auf diese Weise nirgends eine andere Infektionsquelle, so werden wir immer mehr nach einer Gonorrhoe fahnden. Genaueste Beforschung der Urethra, Expression der Prostata, Untersuchung der Adnexe, provokatorische Maßnahmen, wie Injektionen, Bougieren usw. Das Arthigon schätzen wir sehr als wertvolles Hilfsmittel gerade bei der Erkennung der Gelenkkomplikationen, wir geben es für diesen Zweck intravenös (0,5 ccm). Wir verwerten die Reaktion der Temperatur und die provokatorische Wirkung auf die Schleimhautblennorrhoe. Eine lokale Herdreaktion — in unserem Falle also am Gelenk —, wie sie Bruck angibt, haben wir nur äußerst selten beobachtet. Auf diese Weise haben wir sehr oft die Diagnose noch

[1]) Nobl, im Handbuch der Geschlechtskrankheiten.

Digitized by Google

sichern können, auch gerade bei Frauen, wo ein bakterieller Nachweis der Gonorrhoe oft ganz besonders schwierig sein kann, so daß unsere Statistik der letzten 3 Jahre sogar ein Überwiegen der gonorrhoischen Arthritis bei Frauen gezeitigt hat, und auch damit der früher üblichen, wohl aber schon lange verlassenen Anschauung von einer gewissen Immunität der Frauen widerspricht.

Dies ist so etwa der Gang der Untersuchungen, die wir bei Fällen dieser Art anstellen. Geht man so vor, wird man erstaunt sein, wie häufig man die Gonorrhoe als Ursache gerade auch in solchen unter Beteiligung mehrerer Gelenke verlaufenden chronischen Fällen feststellen kann.

Als Beispiel dieser chronischen polyartikulären Formen seien einige der vielen dieser Art auf unserer Abteilung beobachteten Fälle etwas näher geschildert:

Karl H., 27 J. Früher stets gesund. Frühjahr 1918 Go.-Infektion. April 1918 angeblich geheilt aus dem Lazarett entlassen. Februar 1919 Schwellung und Schmerzen in beiden Knien, nach einigen Wochen antirheumatischer Behandlung Besserung. Ende Juni Schwellung der Zehengrundgelenke, beider Knie und des linken Ellenbogens. Schwitzkur ohne Erfolg. Am 11. VII. 1919 bei uns aufgenommen. Schwellung und Rötung im Karpometakarpalgelenk des rechten Daumens und in den Grund- und Interphalangealgelenken mehrerer Zehen. Schmerzhaftigkeit bei Bewegung und auf Druck im rechten Schultergelenk und linken Klavikuloakromialgelenk. Bohnengroße, nicht schmerzhafte Kubital-, Axillar- und Inguinaldrüsen. Kein Fluor, Urin: 1. Portion Fäden mit Leukozyten ++, Gonokokken —, 2. Portion klar. Infiltrate in der Urethra. Temperaturen um 38°, Harnsäure 2 mg in 100 ccm Blut. Zunächst Salizyl, kein Einfluß auf Temperatur. 16. VII. Schwellung, Rötung und Erguß im rechten Sternoklavikulargelenk. Auf 0,5 Arthigon Steigerung der Temperatur auf 39°, Abfallen erst nach 12 Stunden. Jetzt Fluor aus der Urethra, mit Sicherheit ließen sich auch jetzt Gonokokken nicht nachweisen. Wassermann negativ. 26. VII. Schwellung und Rötung auch des rechten Klavikuloakromialgelenks und beider Bursae achilleae. Daraufhin antigonorrhoische Behandlung, außerdem Bewegungsbäder, worauf die Temperatur allmählich abfällt. Arthigon in steigenden Dosen, jedesmal typische 6—10 Stunden anhaltende Reaktion durch Temperaturanstieg. Im Laufe der nächsten Woche traten noch auf: Fieber, Schwellung und Rötung im Humeroradialgelenk beiderseits, Erguß im linken Knie mit starker periartikulärer Schwellung, desgleichen im Interphalangeal- und Grundgelenk der großen Zehe und beiden Mittelfußgelenken. Später im September wurde noch ein Zwischenrippengelenk befallen. Ende September bestand kein Fluor mehr, Urin beide Portionen klar außer vereinzelten Schleimfäden, keine Infiltrate mehr, Prostata frei. Seit dieser Zeit sind keinerlei neue Eruptionen wieder aufgetreten, die Erscheinungen gingen unter der Behandlung zurück, so daß im November außer einer Bursitis nur noch Mittelfußbeschwerden bestanden. Alle übrigen Gelenke waren frei.

Martha G., 28 J. Vor 8 Jahren extramatrimonieller Partus, seit 4 Jahren mit gesundem Mann verheiratet, keine Gravidität mehr. Öfters war Ausfluß vorhanden, der nie behandelt wurde. Vor 2 Jahren schmerzhafte Schwellung in einem Fingergelenk, später wurden noch andere Fingergelenke befallen. Im Laufe des letzten Jahres traten meist über Nacht schmerzhafte Schwellungen in beiden Schulter-, Knie- und Fußgelenken auf. Oft ohne Erfolg antirheumatisch behandelt. Seit einigen Tagen plötzlich vermehrte Schmerzen im linken Knie und linker Schulter. 25. X. 1917 Aufnahme. Geringe Schwellung des linken Schultergelenks, linker Arm kann in der Schulter nur unter heftigen Schmerzen knapp bis zur Horizontalen gehoben werden. Schwellung und leichter Erguß in den Grundgelenken der Finger 2 und 3, sowie im Mittelgelenk der Finger 3 und 4 rechts, in den Grundgelenken der Finger 2 und 3 und im Mittelgelenk des 4. Fingers links Bewegungen im linken Knie schmerzhaft. Positive Arthigonreaktion. Gonokokken + in Urethra und Zervix. Behandlung der Gonorrhoe, Bewegung im Bade, Arthigonkur, später Massage. Unter der Behandlung schwanden auffällig schnell die Erscheinungen. Nach 4 Wochen keine Gonokokken mehr nachweisbar, nach 6 Wochen ist Patientin völlig beschwerdefrei, außer geringer Kapselverdickung im Mittelgelenk des 4. Fingers rechts keine Gelenkveränderungen mehr.

Digitized by Google

Ein Fall aus der Privatpraxis von Prof. Plate: 46jähriger Architekt, wird seit 30 Jahren wegen Gicht behandelt. Keine Gicht in der Familie. Mehrfache Go.-Infektion, erstmalig im 16. Jahre. Mit 17 Jahren erkrankte er an entzündlicher Schwellung im Grundgelenk der großen Zehe, was Veranlassung gibt, bei ihm die Diagnose Gicht zu stellen, die von allen späteren Behandlern übernommen wurde. 1912 öfters Schmerzen und Schwellung im rechten Fuß, seit 1912 sind nacheinander linkes Knie, linke Hand und rechte Schulter befallen. Frau einmal geboren, seitdem nicht mehr gravide. Status praesens: Grundgelenke sämtlicher Finger rechts verdickt, schmerzhafte Schwelung im rechten Akromioklavikulargelenk, erhebliche Kapselschwellung im linken Knie, das völlig steif gehalten wird und bei passiven Bewegungsversuchen sehr schmerzhaft ist. Bursitis achillea links. Zehengrundgelenke beiderseits schmerzhaft (Hammerzehen). Nirgends Tophi, Harnsäure 4,3 mg in 100 ccm Blut. Urethramündung gerötet, aus der Urethra schleimig weißliches Sekret mit Leukozyten und vereinzelten gramnegativen extrazellulären Diplokokken, intrazelluläre wurden nicht gefunden. Keinerlei sonstige Infektionsquelle feststellbar. Ausgesprochen positive Arthigonreaktion. Unter lokaler antigonorrhoischer Behandlung, gleichzeitiger Gelenkbehandlung und einer Arthigonkur gehen die Gelenkerscheinungen fast vollständig zurück. Patient ist zurzeit beschwerdefrei.

Ich glaube, die angeführten Krankengeschichten beweisen zur Genüge, daß man in allen Fällen von chronischen Gelenkerkrankungen, bei denen man aus den oben angeführten Gründen auf ihre infektiöse Natur schließen kann, nicht am wenigsten an eine gonorrhoische Ätiologie denken soll, und daß man dort, wo keine andere Infektionsquelle feststellbar, mit allen Mitteln auf sie fahnden muß.

Die Behandlung der Arthritis gonorrhoica muß sich zum Ziel setzen, möglichst die volle Wiederherstellung der Funktion des erkrankten Gelenks zu erreichen. Das Haupthindernis hierbei bildet die charakteristische Tendenz der Arthritis gonorrhoica zur Versteifung. Hiergegen mit allen Mitteln anzukämpfen muß der Leitstern jeder Behandlung sein in Anbetracht der eminent sozialen Bedeutung, die der Erkrankung infolge ihrer Häufigkeit zukommt. Es soll hier nicht näher auf die zahlreichen Behandlungsmethoden eingegangen werden, nur sei gesagt, daß in den meisten chirurgischen Lehrbüchern unseres Erachtens zuviel Gewicht gelegt wird auf eine absolute Ruhigstellung des erkrankten Gelenks während des akuten Stadiums. Wilms und andere Autoren legen zwar Wert auf frühzeitige Bewegungsversuche, doch scheitern diese meist an der außerordentlichen Schmerzhaftigkeit. Eine Besserung brachte die von Bier angegebene Stauungsbehandlung, da hier mit der Schmerzlinderung gleichzeitig die Möglichkeit frühzeitiger Bewegungen gegeben ist. Doch wird von anderer Seite (Preiser [1]), Wilms [2])) betont, daß auch diese Methode manchmal im Stich läßt, und daß jedenfalls die Resultate oft mäßig sind. Die Behandlung hat außerdem den Nachteil, nur im klinischen Betriebe ohne Gefahren richtig angewandt werden zu können; bei Erkrankung des Hüftgelenks fällt zudem die Möglichkeit der Anwendung dieser Behandlung fort.

Der therapeutische Effekt der Vakzinebehandlung bei gonorrhoischen Komplikationen wird wohl im allgemeinen anerkannt. Nur mit Vakzine behandelte Fälle sollen mit tadelloser Funktion ausgeheilt sein, häufig jedoch bleibt auch hier nach guten Anfangserfolgen am Schlusse der Behandlung die Beweglichkeit in den Gelenken mehr oder weniger eingeschränkt. Selbst Bruck [3]), der eifrigste Verfechter der Arthigontherapie,

[1]) Preiser, M. m. W., 1908, S. 1108. — [2]) Wilms, M. m. W., 1917, Nr. 12. — [3]) Bruck, Ärzteverein in Hamburg, Sitzung vom 9. XII. 1919.

Digitized by Google

führt solche Fälle an, wo die Vakzinetherapie versagt, er glaubt, daß es sich dann um Mischinfektion handelt. Die Vakzinebehandlung wird als solche allein wohl auch nur selten angewandt, meist wird sie in Verbindung mit einer anderen Behandlungsart treten. Wir geben in den meisten unserer Fälle Arthigon als unterstützende therapeutische Komponente und sehen dabei Gutes, wobei wir die Frage ganz unerörtert lassen, ob die Wirksamkeit der Vakzinebehandlung auf Antikörperbildung beruht, oder ob sie eine Folge der Reaktion mit Fieber, Leukozyten usw. auf die parenterale Einverleibung artfremden Eiweißes bildet. Wir neigen allerdings mehr zu der Annahme einer spezifischen Wirkung, da wir bei Fällen sicherlich nichtgonorrhoischer Ätiologie niemals eine positive Reaktion gesehen haben.

Wir sagten eben, daß sich unser therapeutisches Handeln vor allem gegen die Neigung zur Versteifung zu richten habe. Worauf beruht diese Neigung? Ältere und neuere Untersuchungen haben gezeigt, daß es bei der Arthritis gonorrhoica ganz ungewöhnlich früh zu einem Schwund des Gelenkknorpels kommt, wie wir es sonst nur bei schweren Strepto- oder Staphylokokken-Empyemen der Gelenke sehen. Thierry[1]) berichtet von einem Fall, wo bei einer am 18. Tage seit dem Bestehen der gonorrhoischen Gelenkaffektion vorgenommenen Resektion sich neben leicht entzündlicher Rötung der Synovia schon deutlich Auffaserung des Knorpels vorfand. Ebenso bestätigen Fournier, Pollard, Finger, Ghon, Schlagenhaufer und Bennecke[1]) auf Grund ihrer Untersuchungen an Sektionsmaterial den so auffallend früh eintretenden Knorpelschwund. König[2]) weist als erster darauf hin, daß durch diese Knorpelusur die so außerordentliche Schmerzhaftigkeit der Arthritis gonorrhoica bedingt ist. In neuerer Zeit ist dann auf röntgenphotographischem Wege dieselbe Beobachtung gemacht worden. So beschreibt Kienböck[3]), daß bei gonorrhoischer Arthritis die verschwommene Schattenaufhellung auf dem Röntgenbilde an der Gelenkoberfläche beginnt, d. h., daß der Prozeß stets mit einer Destruktion der Knorpelüberzüge einsetzt.

Während also in den ersten Tagen der Erkrankung die Gelenke durch Nervenreizung und Muskelkontraktur fixiert waren, werden nun die ihres Knorpels beraubten Gelenkflächen durch Schrumpfung der Kapsel und des entzündeten periartikulären Gewebes aneinandergepreßt, verkleben miteinander, und in kurzem resultiert eine Versteifung des Gelenks, gegen die jegliche Therapie versagt.

Das Primäre wäre also eine Schädigung des Knorpels durch das gonorrhoische Virus, und dieser Schädigung gilt es rechtzeitig vorzubeugen. Wodurch mag nun diese vorzugsweise Erkrankung des Knorpels bedingt sein?

Einen interessanten Einblick in diese Frage haben uns die Auseinandersetzungen Heilners[4]) gegeben, die er zum Ausgangspunkt seiner speziell gegen Schädigung der Gelenkknorpel ersonnenen Sanarthrit-

[1]) Zitiert nach Nobl, Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Bd. 2. — [2]) F. König, Über gonorrhoische Gelenkentzündungen. D. m. W., 1896; Folgeerkrankungen der Gonorrhoe. B. kl. W., 1900. — [3]) Kienböck, W. kl. W., 1903; Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Bd. 18, S. 280. — [4]) Heilner, M. m. W., 1916, Nr. 28; 1917, Nr. 29; 1918, Nr. 36.

Digitized by Google

behandlung aufgestellt hat. Er stützt sich auf die Theorie Umbers, daß das Knorpelgewebe des Menschen eine Avidität besitzt für eine große Reihe von Produkten des intermediären Stoffwechsels sowohl wie für eine große Zahl von Infektionskeimen, die gelegentlich im Blute kreisen.

Nach Heilners Anschauungen bestehen im gesunden Knorpel Schutzvorrichtungen, die verhindern, daß sich diese Affinität auswirkt. Sind also solche Schutzstoffe vorhanden, so bleibt der Knorpel gesund, auch wenn Stoffe im Blute kreisen, die an sich eine große Neigung zum Knorpel zeigen. Daß bei den gonorrhoischen Gelenkerkrankungen diese Schutzstoffe versagen, beweisen die eben angeführten Untersuchungen über die bevorzugte Erkrankung des Knorpels. Heilner glaubt nun, durch sein Sanarthrit bei Arthritiden aller Art dadurch Erfolge zu erzielen, daß er durch Einführung von Knorpelextrakt eine Anregung zur Wiederbildung der Schutzkräfte des Knorpels erzielt.

Diese Theorie Heilners kann auch uns in einem gewissen Sinne eine Erklärung bieten für die außerordentlich günstigen Resultate einer Behandlung, wie wir sie seit Jahren auf unserer Abteilung anwenden. Wir fußten auf den Untersuchungen von Roux. Bei jeder Bewegung eines normalen Gelenks werden Teile der Oberfläche des Knorpels losgerieben. Diese losgeriebenen Teile geben der normalen Gelenkflüssigkeit ihren schleimigen Charakter. Ebenso wird durch diese Abscherung des Knorpels derselbe zur Regeneration angeregt; wie Roux sagt, ist die Abscherung der spezifische Tätigkeitsreiz für die Chondroblasten[1]). In unseren Fällen, wo der Knorpel aufgelockert ist, findet eine solche Abscherung und demgemäß auch Knorpelneubildung sicher in viel höherem Maße statt, wenn es gelingt, eine Bewegung im Gelenk zu ermöglichen. Daß dieser junge neugebildete Knorpel die Fähigkeit der dem normalen Knorpel innewohnenden Abwehr gegen ihm drohende Krankheitserreger besitzt, ist anzunehmen und erklärt die günstige Wirkung unserer Behandlung. Diese Knorpelneubildung kann also nur durch Bewegung im Gelenk angeregt werden, und letztere gilt es daher auf jede mögliche Weise zu erzielen. Im Verfolg dieses Gedankens hat Plate[2]) schon vor längerer Zeit den Grundsatz ausgesprochen, nur ein richtig gebrauchtes Gelenk kann gesund bleiben oder gesund werden. Für unseren Fall angewandt heißt das also, daß einer Knorpelschädigung vorgebeugt werden kann durch sofort nach Einsetzen der Erkrankung vorgenommene aktive Bewegung, und daß der bereits geschädigte aufgefaserte Knorpel regeneriert werden kann ebenfalls nur durch richtigen Gebrauch der Gelenke.

Das Haupthindernis für die frühzeitige Bewegung bilden nun die außerordentlich hartnäckigen Muskelspasmen. Das beste Mittel, diese zu beseitigen, ist nach Plate das körperwarme Bad, im Bade erschlafft die spastisch kontrahierte Muskulatur, wie es uns durch die Untersuchungen von Patienten mit schmerzhaften, entzündlichen Prozessen in der Bauchhöhle geläufig ist.

---

[1]) Zitiert nach R. Fick, Handbuch der Anatomie und Mechanik der Gelenke. — [2]) E. Plate, Zur Pathologie und Therapie der Gelenkerkrankungen. D. m. W., 1912, Nr. 51.

Digitized by Google

Wir bringen deshalb unsere Patienten in jedem Stadium der Erkrankung, trotz schmerzhaftester Gelenkentzündung, trotz hohen Fiebers, in ein Bad von 37°, unterstützen sie im Bade ausreichend, damit sie nicht aus Angst, infolge ihrer unbeweglichen schmerzhaften Gelenke unterzusinken, sich krampfhaft an der Badewanne festhalten. Es ist wichtig, zu betonen — so nebensächlich und selbstverständlich es erscheinen mag —, daß man jegliche Schmerzen zu vermeiden sucht. Daher Vorsicht beim Transport in das Bad, bei sehr schmerzhaften Gelenken stellen wir Badewanne und Bett nebeneinander. Im Bad fordern wir den Patienten auf, sein krankes Gelenk zu bewegen, und man wird erstaunt sein, wie der Patient, der im Bett nicht die geringsten Bewegungen ausführte oder ausführen ließ, jetzt im Wasser bald ohne Schmerzen von selber um einige Grade bewegt und täglich in der Bewegung Fortschritte macht. Wir beschränken uns nur auf aktive Bewegungen und können vor passiven, gewaltsamen Bewegungsversuchen nicht genug warnen. Mit diesen würden wir das Gegenteil erreichen, der Kranke würde ängstlich, die Spasmen würden sich verstärken, und beim Überwiegen der äußeren Gewalt würden Zerrungen, Blutungen usw. eintreten. Nicht nur eine Verschlimmerung in dem erkrankten Gelenk wäre die Folge, sondern die Gefahr einer weiteren Generalisierung der Gonorrhoe wäre nahegerückt. Träge, indolente oder überängstliche Patienten müssen natürlich auf das energischste zur aktiven Bewegung angehalten werden. Mit diesen frühzeitigen Bewegungen wird gleichzeitig dem Zustandekommen der für das Wiederherstellen der Funktion so verhängnisvollen Muskelatrophie vorgebeugt, und außerdem eine Beförderung der Zirkulations-, der Ernährungs- und damit der Resorptionsverhältnisse erzielt. Neue Metastasen in anderen Gelenken haben wir durch unsere Behandlung nie auftreten sehen.

Im allgemeinen begnügen wir uns, die Patienten vor- und nachmittags je eine Stunde in das Bad zu setzen, in wenigen Fällen ganz außerordentlicher Schmerzhaftigkeit haben wir die Patienten während einiger Tage völlig im Wasserbett gehalten. In der Zwischenzeit bedarf das erkrankte Gelenk einer gewissen Ruhigstellung, die während des Wachseins vom Patient spontan durch teils reflektorische, teils willkürliche Muskelkontraktionen bewirkt werden kann. Diese Selbstregulierung wirkt sicher schädigend einmal auf das Gelenk, da dessen Flächen durch den Muskelzug aneinandergepreßt werden und so der Knorpelzerstörung weiter Vorschub geleistet wird, gleichzeitig aber auch schädigend auf die Muskulatur, da unseres Erachtens durch die stetige spastische Inanspruchnahme derselben und durch die Schmerzen, die von dem Entzündungsherd ausgehen, die Muskelatrophie — hauptsächlich der sogenannten Kapselspanner — vorbereitet wird. Wir suchen deshalb die Muskulatur zu entspannen und in der Ruhigstellung des Gelenks abzulösen, indem wir für bequeme Lagerung sorgen, ohne jedoch das Gelenk zu fixieren. Also lagern wir das Gelenk einmal so, daß es möglichst viel Flüssigkeit aufnehmen kann — für jedes Gelenk ist dieses in einer bestimmten Mittelstellung gegeben — und verhüten außerdem durch seitliche Anlagerung von Sandsäcken ein Umfallen der betreffenden Extremität nach der Seite, wie es z. B. beim Bein infolge der Schwere der stärkeren

Digitized by Google

Muskulatur an der Außenseite des Oberschenkels bedingt sein würde. Wichtig ist ferner, speziell bei Gelenkerkrankungen der Füße, diese durch einen über die Füße gestellten Drahtbügel vor dem außerordentlich schädigenden Druck der Bettdecke zu schützen. Durch das Gewicht der Decke wird der Fuß in Spitzfußstellung gebracht, und die am meisten prominierenden Zehen werden rechtwinklig gebeugt und gelangen in dieser Stellung zur Fixation, am ehesten natürlich, wenn die betreffenden Gelenke erkrankt waren. Ein einziges in dieser Weise fixiertes Zehengelenk genügt aber, um den ganzen komplizierten Gewölbemechanismus des Fußes zu beeinträchtigen und die schwersten Gehstörungen hervorzurufen.

Nach einigen Tagen der Bewegungen im Bade wird der Patient auch im Bett schon anfangen, das Gelenk etwas zu bewegen. Am Kniegelenk unterstützen wir diese Bewegungsversuche im Bett durch Lagerung auf einer Plateschen Schiene[1]), wo der Patient selber durch Schraubendrehungen eine ganz allmähliche und deshalb relativ schmerzfreie Beugung oder Streckung hervorruft. Wir haben auf diese Weise nur durch Bewegungen im körperwarmen Bade — ein Mittel, das fast in jedem Haushalt anwendbar ist — ohne Arthigon, ohne jedes andere Hilfsmittel — eine intensive Behandlung der Schleimhautblennorrhoe ging selbstverständlich nebenher — in letzter Zeit 18 Fälle teils schwerer, teils mittelschwerer Art behandelt. Die Dauer des Bestehens der Gelenkerkrankung bei der Aufnahme schwankte zwischen 3 Tagen und 5 Wochen, nur in 1 Falle bestand die Erkrankung seit 5 Monaten. 10mal war nur 1 Gelenk erkrankt, in 8 Fällen waren 2, 3, 4 und 5 Gelenke betroffen, teils trockene fibrinöse Form mit starker periartikulärer Schwellung, teils praller Erguß, sämtliche Gelenke waren im Zustande völliger Bewegungsunfähigkeit. Fieber von 38—40° bestand in 16 Fällen. Gonokokken waren stets nachgewiesen. Mit geringer Funktionsbeschränkung wurden entlassen 2 Gravidae, 1 Fall mit schwerer Parametritis und 1 Fall, der stark funktionell überlagert war. Sämtliche übrigen 14 Fälle kamen mit völlig tadelloser Funktion zur Entlassung nach einer Behandlungsdauer von 1—8 Wochen, durchschnittlich von 5 Wochen. Das Fieber fiel meist schon nach einigen Tagen der Behandlung zur Norm, nachdem es bei einigen Fällen vorher wochenlang angehalten hatte.

Einige Fälle dieser Art verliefen so charakteristisch, daß ich sie hier kurz streifen möchte:

Lina L., 20 J. Vor 8 Tagen plötzlich mit Schwellung und Schmerzen im linken Handgelenk und rechten Knie erkrankt. 2. VI. 1919 aufgenommen mit Erguß im rechten Knie, starker periartikulärer Schwellung und Temperatur 38.5°. Am 5. VI. Gonokokken + in der Urethra. Ab 6. VI. 2mal täglich Bewegung im Bade, nach 12 Tagen Abfall der Temperatur und Rückgehen der Schwellung. Am 30. VI. steht sie den ganzen Tag auf, am 30. VII. Gelenke und Funktion völlig zur Norm restituiert.

Christine C., 32 J. Vor 3 Wochen mit Schmerzen und Schwellung im linken Knie, linken Fuß, später vorübergehend auch im rechten Fuß und beiden Handgelenken erkrankt, dauernd Fieber, mit Salizyl ohne Erfolg bis jetzt behandelt. Am 6. VI. 1915 Aufnahme mit sehr starker, vorwiegend periartikulärer Schwellung des linken Fußgelenks und Ödem des ganzen Unterschenkels. Vorsichtigster Bewegungsversuch löst unerträgliche Schmerzen aus. Temperatur 39,5°, Gonokokken + im Zervikalsekret. Während

[1]) Plate und Dethleffsen, Taschenbuch des Feldarztes. V. Teil.

Digitized by Google

der nächsten 5 Tage Atophan und Bettruhe. Temperatur bleibt stets auf derselben Höhe zwischen 38 und 39°. Ab 12. VI. Bewegungen im Bade, innerhalb 5 Tagen fällt lytisch die Temperatur zur Norm ohne jede weitere Gelenkbehandlung. Nach 18 Tagen, am 1. VII., kann der Fuß schon fast völlig normal bewegt werden, Schwellung besteht noch etwas. Am 2. VIII. mit glänzender Funktion geheilt entlassen. Hier bestand also Fieber trotz Salizyl seit 3 Wochen, hielt unter Atophan bei uns weiter an, und erst nachdem weiter nichts wie die Bewegung im Bade vorgenommen wird, gehen sämtliche Erscheinungen prompt zurück.

Martha S., 30 J. Seit 4 Wochen schmerzhafte Schwellung des rechten Knies. Aufnahme 3. IX. 1919. Starke periartikuläre Schwellung des rechten Kniegelenks mit geringem Erguß, Tibiofibulargelenk schmerzhaft, Gonokokken + in Zervix und Urethra. Temperatur 38°. Sofort Bewegung im Bade, nach 3 Tagen entfiebert, am 17. IX. steht sie auf, am 29. IX. Gelenkfunktion völlig normal, des Fluors wegen noch bis 11. X. behandelt.

Hedwig F., 16 J. Seit 3 Tagen erkrankt, Aufnahme 5. VI. 1917. Starker Erguß im linken Kniegelenk mit ausgedehnter Weichteilschwellung. Gelenk absolut unbeweglich. Zunächst keine Gonokokken nachweisbar. Fieber um 39°, Salizyl 10 Tage ohne Wirkung. Nach positivem Gonokokkenbefund nur Bewegung im Bade, darauf sofortiges allmähliches Abfallen der Temperatur und Abklingen der Erscheinungen, nach 14 Tagen Bewegung im Bade ist Temperatur normal, geringe aktive Bewegung wird im Bett ausgeführt. 9 Wochen später mit uneingeschränkter Funktion entlassen.

Gerade dies prompte Herabgehen der Temperatur in den angeführten Fällen beweist den, möchte man sagen, spezifischen Einfluß der Bewegung, d. i. der Knorpelregeneration auf die Erkrankung.

Auch von anderer Seite ist schon auf frühzeitige Bewegung im Bade aufmerksam gemacht worden. Während Preiser[1]) 1908 auf die günstige Wirkung heißer Teilbäder bei der Arthritis gonorrhoica hinwies, hat dann Nast[2]) in dieser Zeitschrift 1916 zum erstenmal über die Erfolge berichtet, die er bei 69 Fällen von Arthritis gonorrhoica der Arningschen Abteilung sah. Auch hier war — wie Nast schreibt — auf dem Plateschen Grundsatz, daß nur richtig bewegte Gelenke gesund werden können, aufgebaut, jedoch wird von Nast der Hauptwert auf die Rückkehr des normalen Muskeltonus gelegt und auf das Moment der Knorpelregeneration als den eigentlichen Sinn der Plateschen Vorstellungen überhaupt nicht eingegangen. Die Bewegungen wurden dort aktiv und passiv ausgeführt, während wir uns aus den obenerwähnten Gründen nur auf aktive Bewegung beschränken. Außerdem wurden dort Bäder von 42° gewählt, um im Sinne der Weißschen Fiebertherapie auf die Gonokokken zu wirken. Eine Behandlungsart, die jetzt wohl allgemein als verlassen anzusehen ist, da abgesehen von den Gefahren für den Gesamtorganismus heiße Bäder unserer Ansicht nach auf frisch entzündete Gelenke zu stark reizend wirken. Das wichtige ist, daß auch Nast die außerordentlich günstigen Erfolge betont, die durch die im Bade ermöglichte frühzeitige Bewegung erzielt wurden.

Während also die ebenerwähnten Fälle nur mit aktiven Bewegungen im Bade geheilt und absichtlich andere Behandlungsmethoden fortgelassen wurden, um ein klares Bild der therapeutischen Wirkung dieses Verfahrens zu erhalten, nehmen wir, wie schon eingangs erwähnt, in den meisten Fällen das Arthigon als unterstützende therapeutische Komponente mit hinzu. Wir geben es stets intravenös von 0,5 steigend alle 5 Tage um 0,2 bis 1,5, oft bis 2,0 ccm. Wir haben auf diese Weise

[1]) Preiser, M. m. W., 1908, S. 1108. — [2]) Nast, Derm. W., 1916, S. 489.

Digitized by Google

nur mit Bewegung im Bade und Arthigon in letzter Zeit 20 akute und subakute Fälle behandelt und bis auf 2 Fälle, die wieder durch gonorrhoische Adnexerkrankungen kompliziert waren, sämtlich mit tadelloser Funktion entlassen. Bei einigen Fällen zeigte sich wieder eine solche evident günstige Wirkung der Behandlung auf den Verlauf, daß wir sie hier kurz skizzieren möchten:

Adelheid R., 22 J. Vor 3 Wochen nach einem Fall auf das Knie starke Schwellung des linken Knies mit Fieber. Bei der Aufnahme am 22. II. 1918 geringer Erguß im linken Knie mit starker periartikulärer Schwellung und Unmöglichkeit der Bewegung. Temperatur 39°, Gonokokken + in Zervix und Urethra. Trotz Arthigon und 2mal täglich Bewegungen im Bade blieb die Temperatur während der folgenden 18 Tage um 39°. Es lag zum Teil daran, daß die etwas demente Patientin auch im Bade nicht genügend das Knie bewegte. Wir setzten sie deshalb in das permanente Wasserbett. Schon nach 3 Tagen fiel die Temperatur unter 38° und war nach 11 Tagen zur Norm gefallen. Als wir die Patientin dann aus dem Wasserbett herausnahmen, war die Schwellung nur noch gering, Beweglichkeit leidlich gut, Patientin konnte schmerzfrei gehen, nach einigen Wochen mit uneingeschränkter Funktion entlassen. Auch bei diesem Fall scheint die günstige Beeinflussung weniger durch Arthigon als durch die im Wasserbett ermöglichten extensiveren Bewegungen hervorgerufen zu sein.

Lina N., 18 J. Aufgenommen am 21. II. 1914, seit 1. Tag krank. Hochrote Schwellung mit Erguß des linken Knie- und Fußgelenks. Da Angina vorausgegangen, Patientin vor 2 Jahren wegen Gelenkrheumatismus im Krankenhaus gelegen, keine Gonokokken nachweisbar, wird akute Polyarthritis angenommen. Auf Salizyl zunächst leichte Besserung. Temperatur steigt aber wieder an mit gleichzeitigem Erguß im linken Sternoklavikulargelenk, Punktion dieses Gelenks ergibt Gonokokken im periartikulären Gewebe, auch im Genitale jetzt Gonokokken +. Bewegungen im Bade und Arthigon, nach 5 Tagen entfiebert, sämtliche Gelenke abgeschwollen, nirgends mehr Erguß, steht auf.

Geradezu verblüffend war die Wirkung im folgenden Fall: Magda L., 33 J. Als Kind angeblich Gelenkrheumatismus. Seit Heirat, vor 12 Jahren, Ausfluß und öfters Gelenkbeschwerden, deswegen im Vorjahr Badekur in Oeynhausen. Nach einem Abort keine Gravidität mehr. Seit 5 Monaten schmerzhafte Schwellung im rechten Fuß- und Kniegelenk. Seit 1 Woche heftige Schmerzen in der linken Hüfte, bettlägerig, dauernd Fieber. Aufnahme 26. VI. 1917 mit großem Erguß im rechten Hand- und Kniegelenk und Schwellung des linken Hüft- und rechten Fußgelenks. Temperatur 38°, zunächst Salizyl ohne Wirkung, am 5. VII. Gonokokken + im Zervikalsekret, ab 6. VII. Bewegungen im Bade, am 18. VIII. nach 3 Arthigoninjektionen fieber- und beschwerdefrei, steht auf. Gelenke sämtlich frei beweglich, kein Erguß mehr. Am 14. IX. völlig geheilt entlassen.

Wie in diesen Fällen, so legen wir natürlich stets den größten Wert darauf, daß die Patienten, sobald nur die allerakutesten Erscheinungen abgeklungen sind, aufstehen und sich bewegen; speziell bei Arthritiden der unteren Extremität ist dies von Wichtigkeit, daß die Patienten so früh als möglich Gehversuche machen. Wir lassen an der Volkmannschen Gehbank gehen, um eine stärkere Belastung des erkrankten Gelenks zu vermeiden; worauf es uns ankommt, ist die Bewegung im Gelenk. Auch noch bestehendes leichtes Fieber ist kein Hinderungsgrund, wenigstens vor- und nachmittags je 1 Stunde aufstehen zu lassen, da wir ja gerade durch die Bewegungen, so paradox es klingen mag, das Fieber zum Verschwinden bringen.

Die Punktion des Gelenks führen wir — wenn nicht ganz besondere diagnostische Erwägungen, wie in dem obenerwähnten Falle, dazu führen — im Gegensatz zu der chirurgischen Ansicht, zu punktieren, sobald ein Erguß nachweisbar (NORDMANN)[1]), nicht aus. Einmal sehen

[1]) NORDMANN, M. Kl., 1915, Nr. 8.

Digitized by Google

wir auch die größten prallen Ergüsse unter unserer Behandlung zurückgehen, und andererseits hatten wir die schlechtesten Resultate in funktioneller Hinsicht stets bei den Fällen, wo früher von anderer Seite eine oder mehrere Punktionen vorgenommen waren. Die Möglichkeit, durch Durchstechung des gonokokkenhaltigen periartikulären Gewebes Gonokokken in die Gelenkhöhle selbst hineinzubringen, soll man auf jeden Fall vermeiden. Auch auf diesen Punkt wird in der Arbeit von Nast aufmerksam gemacht.

Auf eine Beobachtung möchten wir noch hinweisen. Erkrankungen von Gelenken mit geringer Exkursionsfähigkeit, so z. B. der Mittelfußgelenke, des Sternoklavikulargelenks, sahen wir stets sehr langwierig verlaufen. Wir kamen auch mit unserer Behandlung nur sehr langsam weiter. Es erklärt sich dies im Rahmen unserer Anschauungen unseres Erachtens daher, daß sich hier infolge der nur ganz geringen Bewegungsexkursionen keine größeren Gelenkflächen aneinander reiben können, und daher das erregende Moment für die Knorpelneubildung wegfällt.

Zahlreich kommen natürlich auch solche Fälle zu uns in Behandlung, wo die Aussicht, den Gelenkknorpel zu restituieren, eine verschwindend geringe ist, wo infolge der Schrumpfung des periartikulären Gewebes und der Gelenkkapsel jeder Gelenkknorpel geschwunden ist und mehr oder weniger ausgebildete Ankylosen bestehen. Selbstverständlich versuchen wir es auch hier mit Arthigon und energischster Bewegung, falls überhaupt eine solche möglich ist. Zuweilen gelingt es uns passiv, leichte Verklebungen zu lösen, im übrigen greifen wir den Prozeß mit allen uns zur Verfügung stehenden gewebsauflockernden und die Resorption befördernden Mitteln an, als da sind Massage, heiße Sandbäder, Moorbäder, Heißluft, Mobilisierungsschienen usw. Trotz aller Mühe ist leider das Endresultat dann doch oft ein schlechtes. Die letzterwähnten physikalischen Methoden wenden wir auch schon bei frischeren Fällen an, nur solange noch eine stärkere Schwellung der regionären Lymphdrüsen besteht, sehen wir von der Applikation intensiverer Wärme ab. In solchen Fällen würde eine zu starke Anregung der Resorptionstätigkeit zu einer Überlastung der Resorptionswege führen. Die geschwollenen Drüsen vermöchten es nicht, die bis zu ihnen gelangten Entzündungsprodukte aufzunehmen, und die Hitze würde verschlimmernd auf den Entzündungsprozeß wirken[1]). Wir beschränken uns in solchen Fällen auf Bewegung im Bade und fügen eine sogenannte Einleitungsmassage hinzu, einmal, um in den oberen Lymphwegen die Resorptionsvorgänge zu fördern, andererseits, um durch die Massage einer Muskelatrophie vorzubeugen.

Worauf es uns in diesen Zeilen ankam, war zu zeigen, daß wir der so verhängnisvollen Knorpelschädigung dadurch vorbeugen oder bereits eingetretene zur Heilung bringen können, indem wir einen regenerativen Reiz auf den dem krankmachenden Virus besonders ausgesetzten Gelenkknorpel ausüben. Diesen Reiz erzielen wir durch richtige aktive Bewegung des Gelenkes unter Ausschaltung der Spasmen im Bade.

---

[1]) E. Plate, Über das Verhalten der Lymphdrüsen bei manchen Gelenkaffektionen. M. m. W., 1908, Nr. 21.

Digitized by Google

Daß mit dieser Bewegungsbehandlung so früh wie möglich begonnen wird, ist eine Aufforderung, die wir speziell an diejenigen Kreise richten möchten, die bei der Behandlung des Primärleidens solche Gelenkerkrankungen am frühesten auftreten sehen. Die Möglichkeit zu unserer Behandlung ist in jeder Klinik und in den meisten Privathäusern gegeben. Geschieht dies nicht, so organisiert sich das Exsudat, und es kommt zu einer Narbenbildung, die wir höchstens etwas mobilisieren, aber nicht zur Resorption bringen können. Ein normales Gelenk ist dann niemals wieder zu erzielen; da ausgiebigere Bewegungen nicht auszuführen sind, fehlt jede Möglichkeit einer dauernden Neubildung des Knorpels, wie sie für die Erhaltung einer normalen Gelenkfunktion unerläßliches Erfordernis ist.

Eine Erinnerung an Paul Taenzer.

Von

Ernst Delbanco-Hamburg.

Jetzt, wo Taenzers Name endgültig geschwunden ist von dem Titel der Dermatologischen Wochenschrift, der ihn 26 Jahre geführt hat, mag dem langjährigen Freund noch ein letztes Wort gegönnt sein.

Die Erinnerung eilt zurück in die letzten Wochen vor dem Ausbruch des Krieges, wo ich seiner Einladung gefolgt war und unvergeßliche Tage auf seinem Besitz in Schweden verlebte. Taenzer war mit einer Schwedin verheiratet gewesen, daher seine Beziehungen zu dem einzig schönen Lande. Das Eheglück war durch den frühen Tod der Gattin jäh zerstört worden. Eine hochgebildete Cousine war zu ihm gezogen, hatte ihm die Häuslichkeit gesichert, die jedes Jahr für acht Wochen nach Schweden verlegt wurde. Was Behaglichkeit und Gastfreundschaft bieten konnten, wurde auf diesem wunderherrlichen Stückchen Erde, Fiskartorpet (Fischerhütte) genannt, geboten. Taenzer war ein leidenschaftlicher Fischer und beobachtete unermüdlich alle Lebewesen im Wasser. Fiskartorpet liegt in der Provinz Bohuslän, der westlichsten Landschaft Schwedens, an dem Fjordarm Ljungskilen bei dem Badeort Lyckorna. Die gegenüberliegenden zum Teil bewaldeten und bewohnten, zum Teil kahlen Schären Risholmen, Flatholmen, Ulvesundsön bieten mit den dazwischenliegenden kleinen und kleinsten Inseln ein entzückendes, an einzelnen Tagen in seiner Schönheit geradezu überwältigendes Panorama. Direkt hinter dem Hause erhoben sich schroffe und doch prachtvoll bewaldete Felspartien, die ein Plateau krönte. In diesen hatte Taenzer Wege sprengen lassen. 1901 hatte Taenzer Fiskartorpet erworben. Die folgenden Jahre widmete er der Vergrößerung des Grundstückes und des Hauses. Dann legte er die 200 m lange, 1 m hohe und zum Teil 3 m dicke Strandmauer zum Schutz gegen die Sturmfluten und eine Bootsbrücke an. Das nächste Ziel war die Schaffung eines Felsengartens. Sprengstoff und Brecheisen mußten die Vorarbeiten tun. Die Erde wurde auf Bootstouren auf den benachbarten Schären mit kleinen Instrumenten aus den Felsspalten gescharrt, in Säcke geladen und nebst den gesammelten Pflanzen und Muscheln heimwärts gerudert. Die Muscheln wurden gestoßen und als Kalkdüngung nebst den nicht verwertbaren gefangenen Fischen der Erde beigemischt und dann in die Felsbetten gefüllt. So entstand in jahrelanger mühevoller Arbeit der Felsengarten, dessen Blumenflor weit über die Grenzen Fiskartorpets hinaus bekannt wurde. 1911 kam anläßlich einer Studienrundreise die Abordnung des Trädgordsföreningen (Gartenbauvereinigung) aus Gothenburg nach Lyckorna (Glückswinkel) und sprach in Fiskartorpet vor, um den Felsengarten zu sehen. Kurze Zeit darauf erschien in einer schwedischen Zeitung ein Artikel über das Ergebnis der Studienreise mit folgender Bemerkung über Fiskartorpet: „Es ist sehens- und staunenswert, was deutscher Fleiß und deutsche Ausdauer diesem felsigen Grund und Boden abgerungen haben."

Digitized by Google

Taenzer war der geborene Naturforscher, ein tüchtiger Botaniker. Er liebte jede Pflanze und Blume, die er gepflanzt hatte. An keinem ihm fremden Strauch und Kraut ging er vorüber, ohne den Versuch, sie zu bestimmen.

Welch große Verehrung Taenzer in Schweden genoß, das habe ich so recht erfahren, wenn wir Gäste seiner Nachbarn waren oder sonst irgendwie mit ihnen zusammentrafen auf Ausflügen, die uns zu Wasser und zu Lande weit weg in Gegenden führten, wo deutsche Touristen kaum hinkamen. Dem ernsten, zurückhaltenden, stillen und feinen deutschen Arzte begegneten in Schweden die größten Sympathien. Er führte sein Deutschtum nie im Munde, wirkte um so nachhaltiger durch sein Beispiel.

Wir denken zurück an die prachtvollen Abende auf der Terrasse seines Hauses. Feenhaft waren die Beleuchtungseffekte am Himmel und auf dem Wasser. Häufig hatten wir Meeresleuchten, und wenn die Makrelenzüge vorbeizogen, hatte es den Anschein, als kochte das Wasser. Der Fjord wimmelte von Booten, die mit Sängern besetzt waren, und bis zum frühen Morgen schallten die Melodien vom Wasser herauf. An solchen Abenden ging Taenzer wohl mal aus sich heraus, sprach über Lebensanschauungsfragen, bekannte sich zum Pantheismus Goethes und Spinozas und entwickelte Ideen, die so ganz den Mann von höchster persönlicher Kultur kennzeichneten, welcher zu einer vorurteilsfreien Bewertung seiner Mitmenschen gelangt war. Die starke kritische Ader, die er besaß, hatte ihn, wie so viele wissenschaftlich hochbegabte Ärzte, davon abgehalten, seine eigenen guten Beobachtungen aus der Praxis zu fixieren. Nur wenige Arbeiten hat er hinterlassen. Aus seiner Lehrzeit bei Unna stammt eine Studie über das viel diskutierte Ulerythema ophryogenes und die wichtige Mitteilung über die nach ihm und Unna benannte Orzeintinktion des elastischen Gewebes.

Solche Männer sind uns vonnöten, wenn wir unser Deutschtum im Auslande wieder zur Geltung bringen wollen. Die jüngeren, arbeitsfrohen Hände, welchen für unsere Wochenschrift sein Vermächtnis anvertraut ist, handeln im Sinne Taenzers, wenn sie über alle in den Zeitläuften liegenden Schwierigkeiten hinweg mit neuem Geiste uns die schnellste Vermittlung der in der immer mehr anwachsenden Fachliteratur liegenden Güter verbürgen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Juni 1920.

Originalbericht von Dr. O. Sprinz-Berlin.

A) Krankenvorstellungen:

1. Arndt: Ein 26jähr. Mann mit **multiplen Leiomyomen** der Haut der Wange. Während die klinische Diagnose bei den isolierten Leiomyomen sehr schwierig wäre, welche meist als Fibrome gedeutet würden, wären die multiplen leichter zu diagnostizieren wegen ihrer Multiplizität, ihrer Bildung von Wülsten und Anordnung in Linien und wegen ihrer Schmerzempfindlichkeit gegen Kälte.

2. Hoffmann: **Dystrophia adiposogenitalis** bei einem etwa 12jähr. Knaben. Die gleichzeitig bestehenden, zahlreichen Pigmentnävi werden als Forme fruste des Morbus Recklinghausen aufgefaßt; damit ergäbe sich zugleich als Erklärung für die vorhandene Optikusatrophie die Annahme eines Neurofibroms in der Gegend des Chiasma nervi optici.

Ledermann stimmt dieser Auffassung bei in Erinnerung an eine eigne ähnliche Beobachtung von Optikusatrophie bei Recklinghausenscher Krankheit mit dem Unterschied, daß es sich um eine erst im spätern Leben sich entwickelnde Tumorbildung in der Gegend des Sehnervenhügels handelte.

3. Hein: **Psoriasis pustulosa** bei einem etwa 40jähr. Mann. Das Leiden besteht 12 Jahre und ist von vornherein in dieser Form aufgetreten. Die größten Herde sind mit kleinen Pusteln übersät, die keine pathogenen Keime enthalten, sondern als Steigerung der sogenannten miliaren Leukozytenanhäufung im Epithel anzusehen sind.

Während Rosenthal die Frage aufwirft, ob es sich nicht vielleicht um sekundäre Pustelbildung handeln könnte oder um eine Kombination etwa mit Ekzem, tritt Arndt der Ansicht von Hein bei; diagnostisch schwieriger lägen die Fälle, bei denen das Bild

Digitized by Google

der Psoriasis ganz verwischt wäre wie bei einer Beobachtung von universeller Psoriasis, die unter dem Bilde einer Dermatitis herpetiformis verlief und sich erst allmählich in eine charakteristische Psoriasis umwandelte.

B) Strübel a. G. hält einen Vortrag über **Vakzinetherapie der Staphylokokkosen.** Er halte nach wie vor an der diagnostischen Bedeutung der Bestimmung des opsonischen Indexes fest, dessen Bestimmung er niemals wegen der zu großen Fehlerquellen unterlassen habe, sondern nur aus rein praktischen Gründen. Der opsonische Index gestattet auch prognostische Schlüsse. Es habe sich die Erfahrung ergeben, daß ältere Staphylokokkenvakzinen eine bessere Wirkung zeigen, weil sie allmählich mehr aufgeschlossen würden. Ausgehend von der Idee der Partialantigene Muchs bei der Tuberkulose habe er sich bemüht, auch die Staphylokokken aufzuschließen; doch sei die Behandlung einer akuten Furunkulose nicht mit der einer chronischen Tuberkulose zu vergleichen. Die Überlegung führte dazu, durch Mästung ein neues Vakzin herzustellen, das er Staphar nannte. Staphar ist reich an Lipoiden, ärmer an giftigen Eiweißstoffen und aufgeschlossen.

Heller und Buschke nehmen in der Diskussion den bisher bekannten Vakzinen gegenüber einen völlig ablehnenden Standpunkt ein. B. erhofft mehr von der Wirksamkeit indifferenter, parenteral einverleibter Albuminate. Strübel betont in seinem Schlußwort, daß an der spezifischen Wirksamkeit der Bakterientherapie gar nicht zu zweifeln sei.

Heller berichtet über das Ergebnis einer eigenartigen **Statistik von Paralysefällen,** die er mehrere Jahrzehnte hindurch in seinem Verwandten- und Bekanntenkreise geführt hat, um festzustellen, wieviel Prozent des homogenen, gut beobachteten Materials dieser Syphilisfolge erliege. Es handelt sich um Menschen gleicher sozialer Schicht, um Leute sämtlich in mittlern Lebensjahren und von israelitischer Rasse ohne besondere Paralyserisiken. Es starben von insgesamt 443 Personen 29 an Paralyse, 3 an Gehirnsyphilis und 8 an Tabes, also 6,54% an Paralyse und 9% an Syphilis des Zentralnervensystems überhaupt. Blaschko hatte nur 4% Paralysemortalität errechnet; eine Erklärung für diese Differenz, den enorm hohen Prozentsatz, ist nicht so leicht zu geben; es könnte ein Zufall sein, es könnte sich um eine erhöhte Disposition der jüdischen Rasse handeln, was von anderer Seite bestritten wird. Jedenfalls werden wir gut tun, wenn wir darauf ausgehen, eine Besserung der Prognose der Syphilis durch unsere jetzt inaugurierte Therapie zu beweisen, erst einmal genau festzustellen, wie sich die Prognose heute darstellt, gemessen an Aortenaneurysma und Paralyse. Für eine solche Statistik würden sich Erhebungen in der Familie oder in studentischen Verbindungen als zweckmäßig erweisen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Störungen und Atrophien.

Über das kombinierte Vorkommen von Sklerodermie und Hautkrebs, von Erwin Wagner. (Diss., Berlin 1918.) 72jährige Frau. Seit dem 34. Jahre Amenorrhoe. Seit 3 Jahren „rheumatische Schmerzen" in beiden Beinen. Vor etwa 4 Jahren Kribbeln und Taubheitsgefühl in den Fingern und dem rechten Bein; später traten noch vasomotorische Störungen hinzu. (Hände und Füße wurden leicht kalt und blau.) Allmählich entwickelte sich Steifheit, Verkrümmung und Atrophie der Finger, später Bläschen- und Geschwürsbildung. Zu ungefähr der gleichen Zeit bildete sich das Bild der Sklerodermie an beiden Unterschenkeln und dem Bauch aus und erreichte teils nur das Stadium indurativum, teils das Stadium atrophicans. Auf dieser sklerodermatisch veränderten Haut entwickelte sich dann an der Außenseite des rechten Oberschenkels ein zu Ulzerationen und Metastasenbildung in der Haut des rechten Oberschenkels und des Bauches führender Hautkrebs. Durch die Sektion wurden neben diesen Veränderungen noch Krebsmetastasen in den retroperitonealen, hinteren mediastinalen und linken supraklavikularen Lymphdrüsen festgestellt. Den Hautmetastasen gingen Bläschenbildungen voraus, die, wie histologisch festgestellt wurde, auf eine Lymphbahninfarzierung mit Krebszellen zurückzuführen waren. F. Weiler-Leipzig.

Vasomotorisch-trophische Neurosen, von Hermann Schlesinger. (W. m. W., 1919, Nr. 24.) Während der Kriegsjahre hat man die Entstehung vasomotorisch-trophi-

Digitized by Google

scher Störungen nach Verletzungen sehr häufig beobachtet. So z. B. die traumatische Neurose von Oppenheim mit praller Schwellung und Zyanose an Händen und Füßen, mit Temperatur- und Pulsdifferenz, oft verbunden mit Störungen der Sekretion der Schweißdrüsen und Dystrophien. Ferner das akute, zirkumskripte Ödem Quinkes, auch in einer seltenen Abart als Hydrops articulorum intermittens. Weiter kamen vor Trophödem im Sinne von Meige, Hemiatrophia faciei in der Form einseitigen Schwundes des Wangenfettpfropfens, Raynaudsche Affektion, die ihr nahestehende Acroasphyxia chronica. Außerdem die Wachstums- und Sekretionsstörungen, die sich an Läsionen der peripheren Nerven anschließen, dann akuter Dekubitus, multiple, neurotische Hautgangrän. Gesehen wurde noch intermittierendes Hinken, Angina pectoris vasomotorica, Erythromelalgie und schließlich sklerodermieartige Zustände. H. Vörner-Leipzig.

Maligne Neubildungen.

Ein Fall von Melanosarkom der Augenlider, von Walter Rosenmayer. (Diss., Frankfurt a. M. 1919.) Fall bei einem 30jährigen Landwehrmann, der nach wiederholten Operationen und wegen rezidivierender Melanosarkome 3 Jahre nach Beginn der Erkrankung ad exitum kam. Obduktionsbefund: Sarkommetastasen der Leber, extradurale Metastase vom 3. bis 5. Brustwirbel mit entsprechender Erweichung des Rückenmarkes. Mikroskopische Diagnose: wahrscheinlich metastatisches Leukomelanosarkom. Mikroskopischer Untersuchungsbefund der Geschwulst der Augenlider ist beigefügt. Klinisch trat als erste Erscheinung einer Metastase die Schwellung der regionären Lymphdrüsen der entsprechenden Halsseite zutage. F. Weiler-Leipzig.

Ein Fall von Mycosis fungoides d'emblée, von Werner Schaar. (Diss., Freiburg 1917.) Nach Angabe des 36jährigen Patienten trat vor $2^1/_4$ Jahren ohne jede vorherige Veränderung auf der linken Brustseite eine harte, blaurote, etwa markstückgroße Stelle auf, der nach 4 Wochen eine zweite folgte, die ihrerseits wieder nach 2 Jahren aufbrach. Vom Bestehen eines Exanthems oder des charakteristischen Juckreizes vor dem Erscheinen der Tumoren konnte anamnestisch nichts festgestellt werden. Es fand sich über der unteren Hälfte des Brustbeins eine handtellergroße, blaurote, derbe Geschwulst und an deren unterem Rande ein fünfmarkstückgroßes, kraterförmiges Geschwür mit wallartigen Rändern. Von der Geschwulst zog sich ein drei Finger breites, blaurotes, derbes Infiltrat gürtelförmig bis zur linken Axillarlinie. Auf dem rechten Schulterblatt fand sich eine fünfmarkstückgroße, weiße, sich schwammig anfühlende, nicht druckschmerzhafte Geschwulst. Nach 2 Röntgenbestrahlungen (20 bzw. 16 × 2 mm Filter) trat 2 Monate nach der Aufnahme fast vollständige Heilung ein. $2^1/_2$ Monate später hatten sich auf dem Rücken vereinzelte erbsen- bis über dreimarkstückgroße, leicht erhabene, derbe Tumoren von bläulich-livider Farbe neu gebildet, ohne daß vorher am Orte ihrer Eruption die geringste Veränderung zu bemerken gewesen wäre.
F. Weiler-Leipzig.

Ein Beitrag über die Krebsentwicklung am Unterschenkel nach Verletzung, von Eugen Walz. (Diss., Erlangen 1918.) Die Extremitätenkarzinome werden in 3 Gruppen eingeteilt. Die Karzinome der 1. Gruppe sind diejenigen, welche sich auf dem Boden langjähriger Reizungen, Entzündungen, reaktiver Gewebswucherungen und Eiterungen, auf chronischen Geschwüren, auf alten, vielfach wieder aufgebrochenen Narben entwickeln; dann geben häufig fistulös gebliebene Knochenaffektionen nach Osteomyelitis, narbige und fistulöse Zustände nach schweren Weichteilquetschungen und komplizierten Frakturen, nach Schußverletzungen, ferner in früher Jugend erworbene Verbrennungen und Erfrierungen den Ausgangspunkt der Neubildung; auch alte syphilitische und lupöse Geschwüre und Narben, lang bestehende chronische Ekzeme, Hautschwielen können karzinomatös entarten. Karzinome, welche sich aus angeborenen Warzen und Muttermälern, ferner aus erst in späteren Jahren erworbenen harten Warzen entwickeln, bilden die 2. Gruppe der Extremitätenkarzinome. In die 3. Gruppe gehören die Fälle, welche auf scheinbar normaler Haut entstehen, für deren Entstehung keine lokale Disposition in Form von pathologischen Gewebsänderungen nachweisbar ist. Die große Mehrzahl der Fälle von Extremitätenkarzinom sind der 1. Gruppe zuzuteilen. So auch der vorliegende Fall bei einem 43jährigen Manne. Die krebsige Entartung trat im Verhältnis zu den meisten Krebsen dieser Art in relativ kurzer Zeit — 1 Jahr — nach der erlittenen Verletzung am Unterschenkel auf. Die Verletzung bestand in einer Rißwunde, die erst im Verlauf eines Jahres heilte. In kürzester Zeit fiel dann ein großer Teil des Unterschenkels der krebsigen Zerstörung anheim. 6 Jahre nach der Amputation

Digitized by Google

nach Griffi befand sich der Patient in voller Gesundheit, so daß eine definitive Heilung angenommen werden kann. F. Weiler-Leipzig.

Zungenkrebs, von D'Arcy Power-London. (Brit. m. J., 11. Januar 1919, Nr. 3028.) Der erste Bericht über einen Fall von Zungenkrebs stammt, soweit P. hat feststellen können, aus dem Jahre 1634. Betreffs des Vorkommens des Leidens bei Tieren liegen Berichte vor über das Auftreten desselben bei einem Pferd, einem Hunde und bei drei Katzen. Die starke Zunahme der Erkrankungen seit dem 17. Jahrhundert führt Verf. teils auf Syphilis, teils auf die Gewohnheit des Tabakrauchens zurück. Im St. Bartholemew's Hospital wurden in den Jahren 1909—1916 im ganzen 169 Fälle, 9 Frauen und 160 Männer aufgenommen. Von letzteren waren 93 luetisch infiziert gewesen, aber bei allen hatte die Infektion sehr viele Jahre vor der Krebsbildung stattgefunden. Bei vielen mag die eingeleitete Behandlung mangelhaft gewesen sein. Unter den 9 Frauen fanden sich auch einige mit Anzeichen einer überstandenen Lues. P. erwartet von der stetig zunehmenden Verbreitung des Rauchens bei beiden Geschlechtern im Verein mit Syphilis als prädisponierenden Momenten eine weitere Vermehrung der Zungenkrebsfälle in den nächsten Jahren. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Haare und Nägel.

Beiträge zur klinischen Konstitutionspathologie V. Heredofamiliäre Leukonychia und multiple Atherombildung der Kopfhaut, von Albert Wilh. Bauer-Wien. (Zschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionslehre, 1919, Bd. 5.) Nach Definition des Wesens der Organminderwertigkeit im allgemeinen, sowie im speziellen der Haut, bringt B. die Krankengeschichte einer 25jährigen Frau mit obigen Anomalien, die neben nervöser Dyspepsie schon in der 4. Generation bestehen. Dann führt er 10 Fälle von Leuconychia totalis aus der Literatur an und geht näher auf die verschiedenen Ansichten über Wesen und letzte Ursache, sowie über die Ätiologie ein und zieht auch Analogien in bezug auf die Ätiologie, sowie auch auf Vererbung bei anderen Nagelerkrankungen heran. Zum Schlusse beschäftigt er sich mit der Frage des Mendelns bei der Vererbung von Hautanomalien. O. Kiess-Leipzig.

Defluvium capillorum nach Influenza, von R. Gibson-Manchester. (Brit. m. J., 26. Oktober 1918, Nr. 3017.) Als Nachwirkung der Influenza hat Verf. in zahlreichen Fällen ein Ausfallen der Haare in oftmals beunruhigendem Grade beobachtet. Es handelt sich dabei stets um weibliche Personen. Die Störung tritt meist 2—3 Monate nach der Krankheit, welche durchaus nicht immer besonders heftig gewesen zu sein braucht, hervor. Die Prognose ist gut. Die Behandlung richtet sich hauptsächlich auf Hebung der Konstitution. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Haarausfall durch Blitzeinwirkung, von H. T. Ashby-Manchester. (Brit. m. J., 15. März 1919, Nr. 3037.) Bei 3 Kindern, die in einem vom Blitz getroffenen Hause wohnten, machte sich 14 Tage später ein deutlicher Haarausfall auf einem größeren Gebiet der linken Kopfhälfte bemerkbar. Die Kinder, 2 Knaben im Alter von 7 und 5 Jahren und ein 9jähriges Mädchen, hatten alle zusammen im gleichen Bette und auf ihrer rechten Seite liegend geschlafen, als der Blitz einschlug, aber sie nicht direkt berührte. Jetzt, 3 Monate später, stellt sich auf den kahl gewordenen Stellen neuer Haarwuchs ein. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatomykosen.

Zur Trockenbehandlung der Trichophytia profunda mit der fettlosen Salbe Lotional, von Theodor Sachs. (B. kl. W., 1918, Nr. 32.) Verf. hat das Lotional, das im wesentlichen ein Aluminiumpräparat ist, zusammen mit 10% Sulphur. praecip. angewandt. Man kann sich auf Einreibungen beschränken, kann aber auch direkt Umschläge mit dem Mittel vornehmen, indem man Verbandstoff damit durchtränkt. Diese Umschläge haben sich bei besonders tiefen Infiltraten als recht stark resorbierend bewährt. Auch über diese Lotionalumschläge kann man noch zur verstärkenden Wirkung essigsaure Tonerdeumschläge machen. Verf. möchte daneben jedoch die Röntgenbestrahlung der tiefen Bartflechte nicht ganz missen, da sie die Epilation der erkrankten Haare begünstigt. E. Klemm-Leipzig.

Kleinsporige Trichophytie der Kopfhaut bei einer erwachsenen Person, von H. Waldo-Bristol. (Brit. m. J., 21. Juli 1917, Nr. 2951.) Die ziemlich allgemein ver-

Digitized by Google

breitete Meinung, daß das Mikrosporon Audouini sich bei Erwachsenen nicht entwickeln kann, ist in diesem Umfang jedenfalls nicht richtig, wie Verf. bei einer 61jährigen Patientin festzustellen Gelegenheit hatte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Blastomykosis der Zunge, von G. B. Newt. (J. trop. med. & hyg., 1. März 1917, Bd. 20, Nr. 5.) (J. Am. m. Assoc., 20. Januar 1917.) Ein 52jähriger Mann kam wegen einer seit 11 Monaten bestehenden Schwellung der Zunge zur Aufnahme. Die vorherige Behandlung umfaßte Injektionen von Neosalvarsan und Natriumkakodylat, Kauterisieren mit dem Elektrokauter usw. Der Tumor war fest, mit rundlichen Falten, zwischen denen sich grauweißliche Gebiete fanden. Probeexzision ergab lymphoide Hyperplasie mit vielen Plasmazellen, und aus den faltigen Teilen ließen sich Blastomyzeten kultivieren. Es wurde innerlich Jodkali in großen Dosen verordnet; lokal wurde Jodtinktur aufgepinselt, und Radium (22 mg) wurde 3 Wochen lang zu 26 Stunden angewandt. Nach 5 Wochen war eine wesentliche Besserung eingetreten, und bei weiterer Fortsetzung einer ähnlichen Behandlung verschwand die Schwellung vollständig.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

„Dhobie itch" und ekzematoide Trichophytie der Extremitäten, von J. M. H. Mac Leod-London. (J. trop. med. and hyg., 15. März 1917, Bd. 20, Nr. 6.) Unter „Dhobie itch" versteht man in Indien allgemein die in der Umgebung der Genitalien lokalisierte diffuse Trichophytie, welche auf Einwirkung des Epidermophyton inguinale Sabauauds zurückzuführen ist. Dhobie bedeutet Waschmann; man schiebt eben die Entstehung bzw. Übertragung des Leidens, wenn auch wohl mit Unrecht, auf mangelhafte Reinigung der Wäsche. Besonders bemerkenswert ist die Erfahrung, daß die Haare hierbei niemals ergriffen werden. Die klinischen Erscheinungen werden vom Verf. in ihren Hauptmomenten geschildert, ebenso die der durch denselben Parasiten bedingten, aber klinisch in vielen Fällen recht verschieden auftretenden Trichophytia ekzematodes an den Extremitäten. Letztere ist der Behandlung weit zugänglicher als die Dhobie itch, bei welcher oft langwierige Behandlung mit Pyrogallussäure, Salizylsäure, Jodtinktur, Solutio Vlemingxk, Chrysarobin u. a. nötig ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein mit Vakzine erfolgreich behandelter Fall von Aktinomykose, von C. W. Dean-Lancaster. (Brit. m. J., 20. Januar 1917, Nr. 2925.) Ein 18jähr. Gutsarbeiter wurde mit einer seit sechs Wochen allmählich sich vergrößernden Anschwellung an der Parotisgegend und zwei leicht eiternden Fisteln aufgenommen. Nachdem der Verdacht auf Aktinomykose rege geworden war, wurde die Diagnose durch den Nachweis des Strahlenpilzes sichergestellt, und Pat. erhielt Jodkali in Dosen von 0,9 g per die, was gut vertragen wurde, aber keine Heilung trotz längeren Gebrauchs bewirkte. Als nach stumpfer Abtragung der Pilznester mit Wattebäuschen mit wöchentlichen Injektionen einer Vakzine vorgegangen wurde, war in drei Wochen Heilung erzielt. Die verabreichte Dosis an Vakzine enthielt 25000000 Partikelchen, was erheblich mehr ist als die von anderer Seite (Colebrook) empfohlene Dosis; aber, von einer geringen einmaligen Temperaturerhöhung abgesehen, waren nachteilige Wirkungen nicht zu beklagen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Diagnose und Behandlung der mykotischen Intertrigo, von R. Sabouraud. (Pr. med., 1918, Nr. 30.) Durch Einwirkung des Epidermophyton intertriginis entsteht an den Zehen, namentlich bei Soldaten, eine Intertrigo, welche oft unzweckmäßig behandelt wird. S. betont, daß es vor allem darauf ankommt, die verhornten Hautteile, in denen der Pilz sich festsetzt, zu beseitigen, was teils mit dem Volkmannschen Löffel und Bimstein, teils durch Betupfen mit verdünnter Jodtinktur zu bewirken ist — 80%iger Spiritus 50,0 mit Tinct. jod. 10,0. Diese Lösung wird mit einem Wattebausch kräftig eingerieben, und alsdann werden die Wundflächen mit einer Zinkoxydcreme (Zinkoxyd 6,0, Vaselin 20.0, Lanolin und Aq. dest. āā 5.0) bedeckt. Die letzten Reste der Affektion kann man mit 10%iger Chrysophansalbe behandeln.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. August 1920 | Nr. 33 | Band 71

Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu München
(Direktor: Prof. Dr. Leo Ritter von Zumbusch).

Tuberculosis cutis vegetans.

Von

Dr. Christian Vogel.

Mit einer Abbildung im Text.

Der nachfolgende Fall seltener Hauttuberkulose erscheint uns der Veröffentlichung wert:

Es handelt sich um einen 16jähr. Lehrjungen. Die Familienanamnese ergibt keinen sicheren Anhaltspunkt für Tuberkulose. Der Vater des Pat. ist mit 41 Jahren an Bronchialkatarrh (?) gestorben, ohne vorher wesentlich krank gewesen zu sein. Der Junge war damals 6 Jahre alt, hat meist bei seinem Vater im Bett geschlafen. Bald nach dem Tode des Vaters begann die Krankheit des Pat. Zuerst trat am rechten Fuß zwischen 3. und 4. Zehe und am linken Fuß über der Höhe der Spanne je ein erbsengroßer Knoten auf. Die Haut darüber sei gerötet und stark gefältet gewesen. Spontane Schmerzen und Druckempfindlichkeit bestanden nicht. Die Umgebung erschien völlig gesund. Diese Knoten wuchsen verhältnismäßig rasch, überwiegend distalwärts, und hatten nach etwa drei Wochen Kleinhandtellergröße erreicht. Sie fühlten sich teigig an. Pat. kam in chirurgische Behandlung in ein Privatsanatorium, wo er mit Stauung oberhalb der Knie behandelt wurde. Eine Änderung des Zustandes trat nicht ein. Nach einigen Monaten riß die Haut über der Mitte der Knoten ein. Es entstand im Verlauf von wenigen Tagen ein Geschwür mit reichlichem schmierig-eitrigem Sekret. Von da ab schritt der Prozeß chronisch fort. Die allmählich übelriechende Wunde nahm immer größere Ausdehnung an; es bildeten sich über der ganzen Wunde knötige Wucherungen. Im 9. Lebensjahre entstanden gleiche Krankheitsherde in der rechten Unterkiefergegend. Nach längerer Zeit kam es an diesen Stellen zur Heilung unter Narbenbildung. Im Jahre 1917 kam Pat. wegen der geschwulstartigen Wucherungen in Krankenhausbehandlung, wurde längere Zeit mit künstlicher Höhensonne bestrahlt und gebessert entlassen. Anfang 1919 begann der gleiche Prozeß am rechten Knie und Oberschenkel und nahm wieder denselben Verlauf wie an den Füßen. Juni 1919 wurde Pat. zu klinischer Behandlung hier aufgenommen.

Status bei der Aufnahme: Mittelgroßer junger Mensch in stark reduziertem Ernährungszustand. Schhleimhäute sehr blaß. Die Schneidezähne zeigen starke Einkerbungen, jedoch keine eigentlichen Hutchinsonschen Zähne. Die Lunge weist keinerlei krankhaften Befund auf. Die Breite der Herzdämpfung ist sehr gering (nur 6 cm Breite der relativen Dämpfung), Töne etwas laut, aber rein. Puls: o. B. Leber und Milz nicht vergrößert. Bauchdecken etwas gespannt, nicht druckempfindlich. Alle Reflexe reagieren lebhaft. Urin: Eiweiß Ø, Zucker Ø, keine pathologischen Formelemente. Blut: Hämoglobin nach Sahli 60%, Erythrozyten 4200000, Leukozyten 9000: Polymorphkernige 60%, Lymphozyten 35%, Übergangsformen 2%, Eosinophile 3%.

Status specialis (siehe Lichtbild). Die Kopfhaut weist keine Veränderungen auf. An der Hals-Unterkiefergrenze befindet sich eine derbe, blaurot verfärbte Narbe, die auf ihrer Unterlage wenig verschieblich ist. Halsdrüsen sind bis Bohnengröße zu fühlen, besonders die Zervikaldrüsen. Die rechte Ellenbogengegend ist geschwollen, die Haut livid verfärbt. In dieser Gegend findet sich eine linsengroße Öffnung mit leicht granulierenden Rändern, aus der sich spärlich dünnes, eitriges Sekret entleert. Der Unterarm ist im Ellenbogengelenk ziemlich frei beweglich. Am Stamm und an den Oberschenkeln keine auffallenden Veränderungen. Das rechte Knie ist etwas verdickt.

Digitized by Google

An der Außenseite finden sich zwei etwa zweimarkstückgroße Substanzverluste der Haut mit unregelmäßigem, schmierig belegtem Grund, leicht aufgeworfenen, dunkel lividen Rändern. Im obern Drittel des rechten Unterschenkels vorn ein ähnlicher, etwa 5 cm im Durchmesser haltender Substanzverlust. Der Geschwürsboden weist etwas graue Granulationen auf. In derselben Höhe auf der Innenseite befindet sich ein etwas mehr oberflächliches, ungefähr 8 cm langes und 3 cm breites Geschwür, das zum Teil im Vernarben begriffen ist. Das Kniegelenk ist dabei vollständig frei beweglich. Dicht oberhalb des Malleolus internus dexter ein fast kreisrunder 6—8 cm Durchmesser haltender $^1/_2$—$^3/_4$ cm über der Hautoberfläche erhabener Tumor mit ziemlich steilen Rändern, dessen Oberfläche unregelmäßige Granula und Furchen aufweist, von auffallend weicher Konsistenz. Weder hier noch in den weiter zu beschreibenden Herden ist irgend eine gesteigerte Verhornung nachzuweisen. Etwas unterhalb desselben Knöchels mehr nach vorn zu gelegen, sehen wir einen 4 bis 5 cm breiten ähnlichen Herd, nur ist hier der Boden bedeutend mehr im Zerfall begriffen, zum Teil mit schmutzig-nekrotischen, eitrigen Massen bedeckt. Vorn unmittelbar unterhalb der Sprunggelenksfalte finden sich zwei kleinere, ziemlich ähnliche Herde. Von der Gegend des Lisfrankschen Gelenks bis zu den Nägeln — nur die Endphalange der großen Zehe ist frei — ist der ganze Fußrücken mit stark wuchernden Granulationen bedeckt, welche zum großen Teil auch zwischen die Zehen hineinragen. Die Granulationen sind unregelmäßig in bezug auf ihre Größe, von Stecknadelkopf- bis zu Linsengröße schwankend. Ein ähnlicher Herd wie der zuletzt beschriebene findet sich am linken Fußrücken, und zwar vom inneren Rand des Fußes nach außen bis zum 4. Metatarsalknochen, über die ganze Ausdehnung des Metatarsus sich erstreckend. Nur ist hier der Zerfall etwas mehr fortgeschritten. Vorn über dem linken Sprunggelenk nach medianwärts ein etwa 4 cm Durchmesser haltender Substanzverlust mit unterminierten wuchernden Rändern, unebenem Boden. Die Granulationen der einzelnen Herde sind wachsgelb, auffallend weich. Die stellenweise hochgradige Nekrose verursacht einen übeln Geruch.

Die Wassermannsche Reaktion ist wie die Pirquetsche negativ. Von diagnostischer Tuberkulininjektion wird aus prinzipiellen Gründen abgesehen.

Röntgenbefund (Röntgenabteilung Krkh. l. d. Isar): Aufnahme des rechten Knies zeigt keine Knochenveränderungen; eine Verschattung bzw. Trübung läßt auf einen Erguß im Kniegelenk schließen. Der rechte Fuß zeigt eine starke Atrophie, so daß einzelne Kompaktainseln stark hervortreten, sonst o. B. Am linken Fuß ist die Atrophie nicht so stark, sonst ebenfalls o. B. Der rechte Ellenbogen zeigt die Residuen einer Jodoformglyzerininjektion in ziemlichem Umfange; soweit sich infolgedessen eine Beurteilung ermöglichen läßt, ist der Knochen frei. Epiphysenlinien sind noch erhalten. Heller Lungenschatten, mediangestelltes Tropfherz.

Digitized by Google

Zur histologischen Untersuchung kamen exzidierte Partien von dem Tumor oberhalb des Malleolus internus dexter und vom linken Fußrücken, die nach den verschiedenen üblichen Methoden gefärbt wurden. Exkochleierte Geschwürsmassen wurden auf Tuberkelbazillen mit negativem Befund untersucht.

Die Hornschicht ist bloß auf einer Partie des Präparates in Form eines dünnen Streifens erhalten, ebenso das Stratum lucidum. Das Stratum granulosum ist an vielen Stellen unterbrochen, indem die Schicht des Rete Malpighi unmittelbar in die noch erhaltene Hornschicht übergeht (Parakeratose). Das Rete Malpighi selbst ist mittels der Retezapfen tief ins entzündliche Gewebe enorm gewuchert (Akanthose). Das Rete Malpighi ist an vielen Stellen von Lymphozyten durchsetzt. Die Basalzellenschicht weist keine auffallenden Veränderungen auf. Pigment ist nicht zu sehen. Die Papillen sind den Retezapfen entsprechend verlängert, an vielen Stellen gegen den gesunden Rand intakt, gegen das Zentrum des Krankheitsherdes hin zerstört. Die subpapilläre Kutisschicht und die tieferen Schichten bis zur Subkutis sind in eine Masse umgewandelt, die aus lauter pathologischen Zellen besteht. Äußerst spärlich sind ab und zu Bindegewebsfasern erhalten, ebenfalls elastische Fasern, die gegen den gesunden Rand wie zurückgedrängt und daher angehäuft erscheinen. Das substituierende pathologische Gewebe besteht aus zahlreichen typischen Tuberkeln, und zwar ist ein Teil von ihnen in Entwicklung begriffen (Epitheloidzellennester mit reichlichen peripherisch angeordneten Lymphozyten). Außerdem finden sich an manchen Schnitten enorm zahlreiche Riesenzellen von beträchtlicher Größe. Sonst finden sich in den Präparaten diffus verstreut Epitheloidzellen, Lymphozyten und Plasmazellen. Die stellenweise erhaltenen Gefäße (Blut- und Lymphgefäße), besonders in den nicht hochgradig affizierten Partien, sind zum Teil sehr stark erweitert. Rote Blutkörperchen bzw. Blutkörperchenschatten sind auch stellenweise in Haufen zu finden. Nekrosen (Verkäsungen) sind in zahlreichen Präparaten mit Ausnahme der Geschwürsoberfläche nicht zu finden.

Zusammenfassung: Es handelt sich um einen histologisch einwandfrei festgestellten tuberkulösen Prozeß der Haut in den Krankheitsherden an beiden Füßen, dessen Ausgangspunkt laut röntgenologischen Befund weder vom Knochen noch vom Periost nachzuweisen ist. Der in einem (rechten) Kniegelenk bestehende Erguß ist laut Anamnese später entstanden als die wuchernden Prozesse an beiden Füßen, dürfte außerdem als von den Krankheitsherden weit entfernter Vorgang hier ätiologisch kaum in Betracht kommen. Da von Seiten der Lunge und Drüsen eine Erkrankung nicht besteht, dürfte die Krankheit ursprünglich als Veränderung in der Haut bzw. Subkutis aufzufassen sein. Die übrigen Hautveränderungen sind als Skrofulodermen anzusehen.

Differentialdiagnostisch kämen makroskopisch in Betracht: Mycosis fungoides im Endstadium, wo nur Tumoren da sind ohne sonstige Erscheinungen — hier fehlen Involutionsformen alter Herde vollständig, ferner Lues framboësiformis —, dagegen spricht die lange Dauer, der negative Ausfall der WR. Dauer des Krankheitsprozesses und Verlauf sprechen auch gegen Sporotrichose und maligne Neoplasmen. Gegen andere tuber-

Digitized by Google

kulöse Affektionen der Haut ist die Differentialdiagnose leicht. Lupus vulgaris: es fehlen vollkommen Knötchen; Skrofuloderma (kolliquative Tuberkulose): der Prozeß an den Füßen besteht im wesentlichen aus Wucherungen; Tuberculosis verrucosa cutis: vollständiger Mangel an Hyperkeratose und Freibleiben der Papillarschicht in sonst schwer befallenen Gebieten, dazu die Vorgeschichte.

In der Literatur finden wir bei RIEHL im Jahre 1894 bei seiner Zusammenstellung der Hauttuberkulosen unter seltenen „durch eigenartige Symptome und Verlauf von den typischen Paradigmen abweichenden Formen", die „als selbständige Typen neben den bisher bekannten genannt zu werden verdienen", tumorartig auftretende Hauttuberkulose. Histologisch ist zwischen diesem Fall und dem unseren viel Ähnlichkeit, tuberkulöse Wucherung in den unteren Schichten, Nekrose nur an der Oberfläche. Dagegen hat RIEHL reichlich Tuberkelbazillen in seinen Präparaten gefunden, während bei uns in mehreren mit Antiformin vorbehandelten Abstrichen sowie in vielen auf Tuberkelbazillen gefärbten Präparaten sich solche nie finden ließen. Im wesentlichsten unterscheidet sich aber der RIEHLsche Fall von dem unseren ätiologisch: dieser schließt sich an eine Amputation über dem Knie nach einer fungösen Wucherung des Kniegelenks direkt am Amputationsstumpf an, unser Fall dagegen tritt primär und solitär als Hauttuberkulose auf (siehe Röntgenbefund und oben). In derselben Arbeit weist übrigens RIEHL schon auf das Vorkommen von mehreren Formen der Hauttuberkulose nebeneinander hin, wie in unserem Fall die wuchernden Prozesse neben den kolliquativen. Er zieht daraus den Schluß, „daß zwischen unseren anerkannten Typen ganz scharfe klinische Grenzen nicht gezogen sind".

1903 hat RIEHL in der Wiener dermatologischen Gesellschaft einen Fall von tuberkulöser Affektion der Wangenhaut demonstriert. Er sagt hier, daß „es sich um die von ihm beschriebene Tuberculosis fungosa in seltener Lokalisation handelt, die meist nur über tiefer gelegenen Tuberkuloseherden wie Gelenksfungus, Knochenkaries usw. vorgefunden wird", und stellt hier den Ausgangspunkt als fraglich hin.

Weitere Fälle von fungöser bzw. fungo-verruköser (JADASSOHN) Hauttuberkulose finden sich in der Literatur noch von LEWANDOWSKY, PICK (ein Fall aus der RIEHLschen Klinik), JADASSOHN und WERMANN beschrieben. Doch stehen diese unserem Fall viel ferner als die RIEHLschen Fälle [1]).

Wir waren anfangs versucht, unseren Fall in die Gruppe der Tuberculosis fungosa RIEHL zu rechnen, da ja klinisch und histologisch zwischen dieser Form und der unseren große Ähnlichkeit herrscht. Der Auffassung RIEHLS über die fungöse Tuberkulose schließt sich auch DARIER an, indem er sagt, daß „diese Form bald durch exogene Inokulation bald durch eine von einer Knochen-, Gelenks- oder Drüsentuberkulose ausgehende Autoinfektion der Haut veranlaßt zu werden scheint". Wir möchten nun

[1]) Es handelt sich teils um disseminierte tuberkulöse Tumoren (PICK und auch ein Fall von DOUTRELEPONT), teils um Fälle an alten Leuten mit Tuberculosis fungosa serpiginosa. Ferner um Tuberculosis fungo-verrucosa und um subkutane Prozesse.

Digitized by Google

mit Rücksicht darauf, daß der Name Tuberculosis fungosa cutis festgelegt ist für sekundäre Prozesse der Haut, also Fälle, die dem Chirurgen öfter zu Gesicht kommen als dem Dermatologen, für die primäre wuchernde Hauttuberkulose den Namen Tuberculosis cutis vegetans vorschlagen, einen Namen, den wir auch in Zielers Hauttuberkulose in Jesioneks Ergebnissen finden, der den Infektionsweg nicht präjudiziert.

Vom weiteren Verlauf der Krankheit wäre noch hervorzuheben, daß binnen kurzer Zeit nach Exkochleation und Ätzung der Herde sich ein Rezidiv eingestellt hat und daß der Versuch der Impfung nach Ponndorf wegen auffallenden Kräfteverfalls aufgegeben werden mußte.

Literatur.

Riehl, Beiträge zur Kenntnis der Hauttuberkulose. W. kl. W., 1894, Bd. 31. — Riehl, Arch. f. Derm., Bd. 66, S. 198. — Lewandowsky, Dermatologischer Kongreß IX, 1906, S. 333. — Jadassohn, Dermatologischer Kongreß IX, 1906, S. 364. — Werman, Tuberkulose des Unterhautzellgewebes. D. Z., Bd. 1, S. 52. — Mraček, Handbuch der Hautkrankheiten, Wien 1909, S. 234ff. — Lewandowsky, Die Tuberkulose der Haut, Berlin 1916. — Zieler in Jesionek, Praktische Ergebnisse auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Wiesbaden 1914. — Darier, Grundriß der Dermatologie, Berlin 1913, S. 403.

Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Allgemeinen Krankenhause St. Georg in Hamburg (Prof. Dr. Ed. Arning).

Antiluetische Kur bei ungeklärter Diagnose.

Bemerkungen zu Arbeiten von Taege, Riecke und Jenssen.

Von

Otto Nast, Sekundärarzt.

In letzter Zeit haben in außerordentlich dankenswerter Weise Stühmer, Taege und Jenssen das Thema von der „Salvarsanprophylaxe“ diskutiert, und Riecke hat in einer Erwiderung auf den Taegeschen Aufsatz, vor allem auch vom Standpunkt des akademischen Lehrers aus, dazu Stellung genommen.

Es sei gestattet, in kurzem an der Hand von Beispielen einen Standpunkt zu präzisieren, der, wie ich glaube, beiden Teilen gerecht wird und sich am meisten dem von Jenssen nähert.

Taege und Stühmer sowie Jenssen fordern die Behandlung von weiblichen Patienten, bei denen die größte Wahrscheinlichkeit besteht, daß sie sich bei ihrem an Lues erkrankten Partner angesteckt hatten, so frühzeitig (prophylaktisch) wie möglich, d. h. vor dem Auftreten der positiven WR, aber selbstverständlich vor Ausbruch der sekundären Erscheinungen. Diese Forderung dürfte wohl kaum einem Widerspruch begegnen, wenn wir ausschließlich Frauen in den Bereich unseres Untersuchungsmaterials ziehen, wie dies Jenssen getan hat. An der Hand von zwei Beispielen, die nicht gut im Sinne der abortiven Heilung der Lues abgelaufen sind, muß verlangt werden, daß die Kur sofort eingeleitet wird.

Digitized by Google

Fall 1. M. V., Fräulein. Ansteckung des Bräutigams Mitte Juli 1918, Mitte August Schanker aufgetreten. Verkehr mit V. 10. VIII. 1918. Der Bräutigam hat erst eine Woche nach dem Verkehr eine Erosion bemerkt. Klinisch bei V. keine Erscheinungen, Drüsen nicht geschwollen, WR sechs Wochen lang nach der Standardmethode negativ, in der siebenten Woche positiv.

Fall 2. E. D., Mann. Ansteckung 21. I. 1919. Erste Erscheinungen 14. II. 1919. Herpes. Spirochaeta pallida negativ. Am 50. Tag nach Infektion Spirochaeta pallida (aus Drüsenpunktion) positiv.

Frau D. Infektion 13. II. 1919, also 23 Tage nach Infektion des Mannes. Der Mann bemerkt erst einen Tag nach dem Verkehr den Herpes. 13. IV. 1919 WR nach den verfeinerten Methoden der WR bei der Frau positiv. 26. IV. 1919 nach der ersten Salvarsanspritze von Dosis III dreifach positiv nach allen Methoden. Am 26. V. 1919 WR nach allen Methoden negativ, nachdem die Kur beinahe vollendet war. Klinisch stets negativer Befund.

Es handelt sich nun darum, welchen Zeitraum wir für eine abortive Heilung der Lues von der Infektion an annehmen. Riecke gibt an, daß bis zu 5 und 6 Wochen die sero-negative Phase der WR anhielte. Diese Erfahrung haben auch wir gemacht. Gerade aber diese Tatsache bedingt bei Nichtvorliegen irgend welcher klinischer Erscheinungen am Genitale der Frau eine große Gefahrzone. Wie viele Ärzte und wie viele Patienten dehnen die systematischen und klinischen Untersuchungen des Körpers und Blutes alle 4—5 Tage wochenlang in einem solchen Falle aus? Nur unter ganz bestimmten Verhältnissen wird es uns möglich sein, Patientinnen auf so lange Dauer hinaus pünktlich zur Untersuchung zu bekommen.

Die Original-Wassermannmethode fällt zwar längere Zeit noch negativ aus, dagegen haben wir in dem verfeinerten Wassermann eine Methode zur Verfügung, die nach unseren jahrelangen Untersuchungen doch in der allergrößten Mehrzahl der Fälle früher positiv ausfällt als die Standard-Methode. Wir haben damit allein schon unsere Gefahrzone für die meisten Fälle auf die kürzeste Zeit nach der event. Infektion einzuschränken (eine Woche bis höchstens drei Wochen), und es ergibt sich auch für die „Salvarsanprophylaxe" nur eine ganz bestimmte kleine Anzahl von Fällen, die ohne jeglichen Befund der antiluetischen Kur unterzogen werden müssen.

Was verstehen wir aber nun unter einer genügenden abortiven Behandlung der Lues im sero-negativen Stadium? Es sind von vielen Autoren Behandlungspläne angegeben; Stühmer besonders gibt in seiner „Salvarsanprophylaxe" ein Schema an, nach dem er gute Erfolge zu verzeichnen hat. Ebenso haben sich Gennerich, Scholtz, Hoffmann u. a. über diese Frage ausführlich geäußert. Es steht auf jeden Fall fest, daß nach alledem, was wir durch Nachuntersuchungen über die letzten neun Jahre klinisch, blutserologisch und aus genauester Liquoruntersuchung wissen, ein Übermaß in der Behandlung für den Verlauf der Syphilis nie schädlich ist, dagegen eine zu geringe Dosierung den größten Schaden stiften kann. Ich habe in den letzten Jahren Gelegenheit gehabt, an der Gennerichschen Abteilung, sowie an eigenem zahlreichen Material aus der hiesigen Klinik die Frage der „Liquorslues" (Meningorezidiv) zu studieren, aus dem hervorgeht, wie wichtig die Sterilisation der Lues im Frühstadium ist. Inwieweit eine ungenügende Behandlung der frischen Syphilis aller Stadien die meningeale Syphilis

Digitized by Google

befördert, soll in dieser Abhandlung unerörtert bleiben. Nur die Tatsache sei erwähnt, daß der Ablauf der syphilitischen Erscheinungen seit der Salvarsanära ein rascherer zu sein scheint. Auf die Dosierung gehe ich weiter unten ein.

So komme ich auf einen Einwand bei dem Beginn einer antiluetischen Kur ohne geklärte Diagnose zu sprechen, der darin besteht, daß man sich seiner Patienten in der Durchführung der vom Arzt für notwendig erachteten Kur unbedingt versichern muß. Sollte dies nicht der Fall sein, und ist die Patientin von der Wichtigkeit dieser Behandlung nicht überzeugt, so verlasse man sich ausschließlich auf die klinische, serologische (verfeinerte Methoden!) Untersuchung und beim Ausbruch irgend welcher Erscheinungen (P. A., Erosionen) vor allem auf den Spirochätenbefund.

Für unsere Fälle, die beide nie irgend welche klinischen Erscheinungen geboten haben, hätte zweifellos die Möglichkeit einer abortiven Heilung bestanden, wenn wir im ersten Fall sofort nach der Sicherstellung der Diagnose beim Bräutigam und im zweiten Fall ebenfalls sofort, nachdem wir beim Mann, allerdings leider auch dabei spät, die Diagnose gestellt hatten, abortiv behandelt hätten. Für beide Fälle lagen die ungünstigsten Verhältnisse vor, die uns in keinem Fall zur Durchführung unserer Maßnahmen kommen ließen, zumal die WR in den verfeinerten Methoden uns im zweiten Falle im Stich ließ. Beide Patienten wären mit der Behandlung, selbst mit der intensivsten, einverstanden gewesen. Für Mann wie Frau wäre Beunruhigung und viel Sorge erspart geblieben. Niemand hätte sich darüber Gedanken gemacht, ob Syphilis bestanden hätte oder nicht; beide Teile wären günstig aus der Affäre herausgekommen.

Bis jetzt habe ich ausschließlich die Behandlung von Frauen besprochen.

Im Fall 3 handelt es sich um einen Mann Ch., der mit einer Frau verkehrt hat, die an ausgebreiteten Kondylomen der Vulva und des Afters litt; er selbst war einst abortiv geheilt. Liquoruntersuchung und Wassermann-Kontrolle über einige Jahre waren negativ ausgefallen. Patient selbst stellt sich einige Tage nach dem Verkehr dem Arzt vor. Keine Rhagaden oder irgend welche luetischen Erscheinungen sind festzustellen.

Ich habe diesem Patienten sofort eine vollständige Kur angeraten. Der Patient war damit einverstanden und war sich der Tragweite dieser Maßnahme bewußt, da er ja schon einmal eine Lues durchgemacht hatte. Psychische und praktisch medizinische Folgen kamen bei ihm nicht in Betracht, wenn er durch diese Kur zum Syphilitiker gestempelt wurde.

Für diesen Fall würde, glaube ich, auch Riecke von der „grundsätzlichen" Forderung des Spirochätennachweises abstehen; denn für eine spätere Beurteilung dieses Falles liegt der Sachverhalt so, daß bei negativem Liquorbefund und stets negativer WR die erste Lues als geheilt zu betrachten ist. Da nun etwa zwei Jahre seit der letzten Behandlung vergangen sind, so wird für den negativen Liquor auch bei nicht stattgehabter neuer Infektion die jetzige Kur als Provokation nicht in Betracht kommen, sondern als eventuelle Nachkur, allerdings nicht nach unseren Grundsätzen, aber als solche auch keinen Schaden anrichten.

Ich stehe mit Riecke auf dem Standpunkt, daß beim Manne von der prophylaktischen Kur bei den im allgemeinen günstigeren Unter-

Digitized by Google

suchungsverhältnissen und der Zuverlässigkeit der Wassermann-Methoden, wie später ausgeführt wird, abgesehen, und grundsätzlich die Diagnose auf den Spirochätenbefund und die WR gegründet werden muß, zumal die klinische Sicherstellung der Diagnose nach entsprechender Vorbereitung in der allergrößten Mehrzahl der Fälle durch den positiven Spirochätenbefund gelingt.

Es folgen nun die Fälle, bei denen der Verdacht auf Lues besteht, die WR sich einstellt und der Charakter des Ulcus durum im Geschwür mehr und mehr zum Ausdruck kommt. Trotz eifrigsten Suchens nach Spirochäten unter Anwendung aller bekannten Methoden des Spirochätennachweises kann in seltenen Fällen dieser nicht gelingen. Erst das Auftreten der positiven WR in den verfeinerten Methoden gibt den frühesten Hinweis auf die Diagnose Lues. Erst nach Abheilung des Chancre mixte, vielmehr des Ulcus molle, und nach Ausheilung der infizierten regionären Drüsen gelingt durch Drüsenpunktion der Spirochätennachweis. Dann aber ist schon häufig die verfeinerte WR positiv geworden.

Die Heilungsmöglichkeit ist glücklicherweise nach den Erfahrungen der meisten Syphilidologen bei Lues I mit positiver WR wohl annähernd so groß wie für das vollständig sero-negative Stadium. Ein Grund liegt also nicht vor, ohne geklärte Diagnose eine antiluetische Kur zu beginnen.

Fall 4. M. J., Mann. Letzter Verkehr am 14. XII. 1919. Nach drei Tagen Wundsein des Gliedes. Bei Aufnahme im Sulkus und an der Glans fünf bis bohnengroße gangränöse Ulzera, geringe, schmerzlose Schwellung der beiderseitigen Leistendrüsen. Spirochaeta pallida negativ im Ausstrich und Drüsenpunktat. Streptobazillen negativ. Spirochaeta refringens positiv. 23. XII. 1919 WR negativ.

9. I. 1920 WR in den verfeinerten Methoden ein- bis zweifach positiv, Standardmethode negativ. I. Salvarsaninjektion Dosis IV, Temperatur 39,9°, am nächsten Tage abends normal.

13. I. Alle Methoden dreifach positiv, 15. I. ebenso.

16. II. WR vollständig negativ, nachdem die Kur ihrem Abschluß nahe ist.

Die Berechtigung, bei dieser Form der Lues ohne Spirochätenbefund eine antiluetische Kur einzuleiten, muß bei dem serologischen Befund und nach dem klinischen Aussehen des sich rasch reinigenden Ulcus gangraenosum zugegeben werden. Es ist unwahrscheinlich, daß ein Wassermann bei Abheilung und vollständiger Reinigung eines Ulcus gangraenosum ohne Beteiligung der Leistendrüsen positiv reagiert, ohne daß die luetische Natur des Geschwürs mit bestanden hätte. Die Provokation der WR nach der I. Salvarsaninjektion spricht ebenso für Lues. Fieber (Spirochätenfieber) ist ebenfalls aufgetreten.

Fall 5. Sch. R., Mann. Letzter Verkehr vor einem Monat, acht Tage später Geschwür am Glied. Seit zehn Tagen Bubo. Auf dem Penisschaft zehnpfennigstückgroßes eitrig belegtes Ulkus mit unterminierten Rändern. Mehrere kleinere Ulzera von gleicher Beschaffenheit auf dem inneren Präputialblatt. Bubo rechts taubeneigroß. Keine allgemeine Drüsenschwellung. Spirochaeta pallida negativ, Streptobazillen positiv.

8. I. 1920. WR in den verfeinerten Methoden dreifach positiv. Bubopunktion nach Arning. Temperatur 40,2.

Temperatur erst am 12. I. wieder normal. Mäßige Sekretion aus dem Bubo.

13. I. WR in den verfeinerten Methoden zwei- bis dreifach positiv, Standardmethode einfach positiv.

17. I. Bei vollständig normaler Temperatur verfeinerte Methoden ein- bis zweifach positiv, Standardmethode negativ.

Digitized by Google

24. I. Verfeinerte Methode zwei- bis dreifach positiv, Standardmethode negativ.
28. I. I. Salvarsan (provokatorisch) Dosis III.
29. I. WR verfeinerte Methoden dreifach positiv, Standardmethode ein- bis zweifach positiv.
20. II. Nachdem die Kur in die Wege geleitet und einige Salvarsanspritzen verabfolgt waren, verfeinerte Methoden ein- bis zweifach positiv, Standardmethode wieder negativ.
6. III. WR nach allen Methoden negativ.

Trotz eifrigsten Suchens nach Spirochaeta pallida ist diese nicht gefunden worden. Nach allen für die Beurteilung der positiven WR in Betracht kommenden Momente mußte die erste positive WR mit Vorsicht auf Lues gedeutet werden. Nach Abfall der Temperatur und Aufhörens der Eiterung im Bubo war die Standardmethode negativ. Die „provokatorische" Salvarsaninjektion erst ergab wieder positive WR, auch nach der Standardmethode; Spirochätenfieber trat hier nicht auf.

Mit diesem Falle komme ich auf eine weitere differential-diagnostische Frage mit vorübergehend positivem Wassermann zu sprechen, bei dem sowohl in den verfeinerten Methoden wie in der Standardmethode ein positives Resultat erscheinen kann. Es handelt sich um positive WR bei Ulcus molle und Bubo. Wir kennen solche Fälle, bei denen im Höhepunkt der entzündlichen Schwellung des Bubos der Wassermann positiv sein kann. Nach Abflauen oder Abheilung der infizierten Drüsen kann zur Sicherstellung der Diagnose die Gennerichsche provokatorische Salvarsaninjektion gemacht werden. Wird die WR stärker, tritt selbst Spirochätenfieber (Fall 4) auf, so ist Lues anzunehmen. Geht die WR aber zurück, so ist, besonders bei genügend langer „Inkubationszeit", Syphilis auszuschließen.

Dieses letzte Diagnostikum bei ungeklärter Lues ist noch nicht besprochen, das sogenannte „Spirochätenfieber", das ungefähr mit der provokatorischen Salvarsaninjektion auf einer Stufe steht. Ich stehe nicht auf demselben schroffen Standpunkte Gennerichs, Sommers u. a., es als diagnostisch charakteristisch anzusehen, beobachte aber jedesmal die Fieberzacke und habe oftmals eine wertvolle Bestätigung bei negativem Spirochätenbefund für die positive WR darin gesehen.

Im vorhergehenden war stets bei Inangriffnahme einer Abortivkur von einem genügenden Ausmaß derselben die Rede. Es ist bekannt, daß nach Untersuchungen Gennerichs u. a., auch nach den meinen, bei ungenügender Behandlung selbst der sero-negativen primären Lues, d. h. mit drei bis vier, auch fünf Salvarsaninjektionen eine abortive Heilung nicht sicher erreicht wird, besonders bei zu großen Intervallen zwischen den einzelnen Injektionen und zu geringer Dosierung, dagegen eine „Provokation" des Liquors in die Erscheinung tritt. Ravaut hat diese Erkrankung „Meningo-Rezidiv" genannt; ich möchte sie besser, um Mißdeutungen aus dem Wege zu gehen, „Liquorlues" nennen. Nach jahrelangen Nachuntersuchungen einst behandelter Luiker kann unter einer Abortivkur verstanden werden, sechs bis acht Salvarsaninjektionen als Mindestmaß (0,4 Alt-Salvarsan, Dosis IV Neo-Salvarsan in kurzen Abständen, zuerst zwei, dann vier bis sechs Tage) mit entsprechenden Quecksilberkuren (Schmierkuren, Sublimat nach Linser, Kalomel oder Hg-Salizyl). Diese Abortivkur genügt für die sero-negative Lues. Eine

Digitized by Google

Nachkur empfiehlt sich beim Auftreten von positiven Wassermann-Schwankungen, nach der ersten bis zweiten Salvarsaninjektion und bei Lues I sero-positiva. Die Nachkur soll nach 30—35 Tagen spätestens durchgeführt werden, um die Gefahr des „Liquorlues" zu vermeiden. Eine nähere Ausführung für diese Forderung liegt nicht im Rahmen dieser Mitteilung.

Damit käme ich zuletzt auf die Gefahr der prophylaktischen Syphiliskur überhaupt zu sprechen, die darin besteht, daß bei ungenügender Kur die Gefahr des „Liquorlues" besteht und bei schlechter klinischer Diagnose und Laxheit in der Durchführung der prophylaktischen Kur Schaden für Arzt und Patienten gestiftet wird und für die spätere Beurteilung die größten Schwierigkeiten entstehen.

Fall 6. Fr. E., Mann. 1913 Gonorrhoe. Letzter Verkehr 27. XII. 1919, drei Tage danach Ausfluß aus der Harnröhre und Wundsein am Glied beobachtet. Ärztlich-klinische ohne mikroskopische Untersuchung fand statt. Behandlung auf Gonorrhoe. Injektion von Silbersalzen; da aus dem Wundsein ein Ulkus entstand, dreimal Salvarsan und eine Hg-Spritze. Aufnahme im Krankenhaus am 12. I. 1920. Spirochaeta pallida kann nicht mehr festgestellt werden. Skleradenitis in sehr geringem Grade. Harnröhrenschanker und Ulcera mollia, auf der Glans Streptobazillen positiv; Gonokokken positiv, WR stets negativ. Kur wird auf Vollkur vervollständigt, um Komplikationen von seiten des Liquors zu verhüten.

Solche Beispiele können auch für die latente Lues in großer Anzahl gesammelt werden. Die Komplikationen für die Beurteilung einer Syphilis sind bei näherer Überlegung so vielartig, daß man aus diesem Grunde schon auf die prophylaktische Kur gern verzichten möchte.

Ganz anders steht es mit der Beurteilung der prophylaktischen Kur bei der Gefahr der extragenitalen Infektion. Dabei laufen Mann wie Frau die gleiche Gefahr. Nach den Erfahrungen des täglichen Lebens und meiner speziellen bei der Marine in dem engen Raum des Torpedoboots scheinen glücklicherweise Ansteckungsmöglichkeiten bei den floridesten Erscheinungen der primären und sekundären Lues nicht so sehr groß zu sein. Zu leugnen ist allerdings nicht die große Zunahme der extragenitalen Infektion bei unserem Material (Tonsillarschanker). Diese Tatsache rechtfertigt aber keineswegs die Ungenauigkeit in der Diagnosenstellung.

Die Gefahr der Unzuverlässigkeit darin ist wirklich enorm groß, und der Wunsch des Patienten, den Arzt zur prophylaktischen Kur zu bestimmen, ist in der ersten Erregung und Angst nur zu verständlich. Wenn der Arzt es aber versteht, seine Patienten in der ersten Zeit zu beruhigen, so wird nach Eintreten einer gewissen Beruhigung der Patient auch damit einverstanden sein, abzuwarten und nur auf sicheren Befund hin sich behandeln zu lassen. Die Gefahr, durch den Leichtsinn des Patienten eine angefangene Kur, die bei einer wirklichen Infektion die schwersten Folgen zeigen kann, nicht vollenden zu können, tritt dabei für den Arzt gar nicht ein.

Ich schließe noch für die Beurteilung solcher prophylaktisch behandelten Fälle die Syphilis ignoré und kongenitale Lues an, die in der Zeit des latenten Stadiums selbstverständlich auch einmal negativ sein kann, bei der aber eine Kur die irreführendsten Resultate von WR herbeiführen kann.

Digitized by Google

Zusammenfassend sei gesagt, daß ich mich dem Rieckeschen Standpunkt grundsätzlich anschließe, die Diagnose auf den Spirochätenbefund zu gründen. Den Taegerschen Vorschlag billige ich für Frauen für den angegebenen kurzen Zeitraum (1—3 Wochen).

Für spätere Wochen kommen zur Sicherstellung der Diagnose alle die anderen Hilfsmittel in Anwendung, sowohl für Mann wie Frau.

Für die befürchtete evtl. extragenitale Infektion darf es keine prophylaktische Salvarsankur geben.

Literatur.

Stühmer, D. m. W., 1918, S. 41. — Taege, M. m. W., 1919, S. 841, 1119. — Rieoke, M. m. W., 1919, S. 969. — Jensen, M. m. W., 1920, S. 100.

Aus dem bakteriologisch-serologischen Laboratorium am Allg. Krankenhaus St. Georg zu Hamburg (Leiter: Dr. E. Jacobsthal).

Untersuchungen über eine syphilisähnliche Spontanerkrankung des Kaninchens (Paralues cuniculi)[1]).

Von

E. Jacobsthal.

Es ist bekannt, daß nach Meinung der Jäger Hasen syphilitisch sein können. Es sei dahingestellt, ob es sich hierbei immer um Fälle von Kokkidiose oder die Erkrankung handelt, mit der wir uns hier beschäftigen wollen. Einen typischen Fall dieser Erkrankung bekam ich im Herbst 1919 zur Beobachtung, als mir ein Hamburger Züchter ein großes weißes Scheckenkaninchen mit der Mitteilung überbrachte, es sei geschlechtskrank. Ich fand die Vulva des Tieres, das im übrigen keinerlei kranken Eindruck machte, hochgradig gerötet; sie sonderte ein etwas zähes Sekret ab. In der von Haut bedeckten, aber haarlosen Umgebung der Vulva, besonders aber in dem Winkel in der Nähe der Schenkelbeuge fanden sich flache, bis über linsengroße Erosionen. Kniefaltendrüsen nicht vergrößert. Mikroskopisch enthielt das Vulvasekret massenhaft Spirochäten, die zunächst von der Syphilisspirochäte nicht unterscheidbar schienen. Bei genauerem Zusehen aber hatte man doch den Eindruck, als seien geringe Differenzen festzustellen. Erstens ist die betreffende Spirochäte vielleicht eine Spur dicker und zweitens fand ich nur selten bei ihr jene eigenartig wogende, vom einen Ende zum andern gehende Bewegung, die für die Syphilisspirochäte so charakteristisch ist. Färberisch verhielt sie sich wie die Syphilisspirochäte. Ich habe bei dem Originaltier und bei den später zu erwähnenden Impftieren wiederholt sternförmige, sogenannte Agglomerationen von 20—30 und mehr Exemplaren gefunden und auch photographiert. Wie bei der Luesspiro-

[1]) Nach einer Demonstration in der Dermatologischen Gesellschaft von Hamburg-Altona am 2. III. 1920.

Digitized by Google

chäte schwankt die Zahl der Windungen von 8—14. Durchschnittlich waren es 10—12. Auch bei Mikrometermessungen mit Bogenlicht fand ich die Länge der der Luesspirochäten entsprechend. Ich versuchte nun eine Übertragung der Spirochäte auf andere Tiere. Dies mißlang mir bei der Maus und dem Meerschweinchen. Dagegen gelang mir in 3 von 4 Fällen die Übertragung auf weibliche Kaninchen mit einer Inkubationszeit von $3^1/_2$—4 Wochen. Nur bei dem 4. Kaninchen dauerte die Inkubation länger. Erst nach über 6 Wochen wurden die ersten Spirochäten in der nunmehr entzündeten Vulva beobachtet. Bei den Impftieren, die selbstverständlich vorher auf Spirochätenfreiheit geprüft waren, wurde die Impfung so vorgenommen, daß nach leichter Skarifikation der Vulva und ihrer Umgegung Sekret von dem Originalscheckenkaninchen eingerieben wurde. Während sich nun bei dreien der geimpften Kaninchen plaquesartige Geschwüre und Erosionen als erste Manifestationen der Erkrankung bildeten, fand ich bei einem der Tiere einen echten Primäraffekt (Kaninchen P 1). Dieser zeigte sich genau nach 4 Wochen an der Vulvakante als eine linsengroße, fast 1 mm hohe über das Niveau erhabene, leicht ulzerierte Effloreszenz. Diese wurde anfangs der 5. Woche exzidiert und histologisch untersucht.

Der histologische Befund dieses Primäraffekts ist folgender: Ulzeration der Oberfläche. Stark in die Tiefe gehende, fast rein plasmazellige, sehr dichte Infiltration des Gewebes. Es gelingt nirgends ganz sichere Veränderungen der Gefäße zu finden. Ebenso kann nicht behauptet werden, daß, ähnlich wie es bei Lues der Fall ist, bestimmte Beziehungen der plasmazelligen Infiltration zu den Gefäßen bestehen. Eine Levaditifärbung des kleinen Stückchens ist leider nicht sehr gut gelungen. Einige Spirochäten in der Umgebung von Gefäßen glaubte ich erkennen zu können.

Die Impfung des Kaninchenhodens (bisher an drei Tieren) ist mir mißlungen, weil alle Tiere an Peritonitis starben. Da aber die Frage der Hodenimpfung von größter Bedeutung für die Gesamtauffassung der Krankheit ist, so muß ein Weg gefunden werden, um die Hodenimpfung zu ermöglichen. Ich glaube diesen Weg damit gefunden zu haben, daß ich die Versuchstiere einige Wochen vor der Hodenimpfung mit Bouillonmischkulturen der aus der Vulva gezüchteten Bakterien, vor allem aber mit Proteus, Pneumokokken, Streptokokken und Staphylokokken aktiv immunisiere, und diese aktive Impfung noch durch passive mit Pneumokokken und Streptokokkenimmunserum kurz vor der Impfung unterstütze. Solche Versuche sind im Gange.

Die Korneaimpfung nach Bertarelli gelang bisher nicht.

Beim Studium der Literatur fand ich, daß bereits Arzt und Kerl offenbar dieselben Spirochäten wie ich beim Kaninchen beobachtet haben, und daß ihnen auch die experimentelle Übertragung auf das Kaninchen bereits gelungen ist[1]). Diese Autoren besprechen die Frage, ob es sich hier wohl um eine Spontanerkrankung des Kaninchens handelt oder ob die von ihnen beobachteten Tiere vielleicht früher künstlich mit menschlicher Syphilis infiziert worden seien. Diese Ansicht glauben sie in

[1]) W. kl. W., 1914, Nr. 29. Derm. Zschr., 1920, Bd. 29, H. 2.

Digitized by Google

ihrer neuesten Arbeit, wie auch ich, verneinen zu dürfen. Von größter Bedeutung aber ist die Frage, ob diese Spontanerkrankung des Kaninchens nicht vielleicht eine echte Syphilis sei. Diese Frage glaubt ARZT unentschieden lassen zu müssen, besonders da ja das wichtigste Experiment, die Impfung des Menschen, voraussichtlich nicht möglich ist. Mein Standpunkt in der Frage ist folgender: die bei der beschriebenen Erkrankung des Kaninchens gefundene Spirochäte weicht von der Syphilisspirochäte in wesentlichen Punkten ab, nämlich 1. in der Dauer der Inkubation nach der Impfung, 2. in dem abweichenden pathologischen Bild. Daher ist eine Benennung dieses Erregers notwendig und ich schlage vor, ihn Spirochaete paraluis-cuniculi, die Spirochätose selbst aber Paralues cuniculi zu nennen. Die leichten Abweichungen der Paraluesspirochäte von der Luesspirochäte in morphologischer Hinsicht, die ich vorher erwähnt habe, halte ich nicht für wesentlich. Es erscheint mir nun sehr wohl möglich, daß die weitere Untersuchung ergeben wird, daß die sogenannte Paraluesspirochäte eine an den Kaninchenorganismus angepaßte Luesspirochäte ist. Sollte das der Fall sein, so würde auch die Forschung über den Ursprung der menschlichen Syphilis zu diesen Problemen Stellung nehmen müssen. Der Weg, den sie hierzu einzuschlagen hat, scheint mir etwa folgender zu sein: zunächst ist festzustellen, ob eine Infektion mit der Paraluesspirochäte als Allgemeininfektion aufzufassen ist; daß dies der Fall sein kann, halte ich durch die Befunde von ARZT für bereits erwiesen. Man wird dann versuchen müssen, die Paraluesspirochäte an anderen Stellen des Kaninchens, also nicht nur am Genitale, mit Erfolg einzuimpfen. Von entscheidender Bedeutung ist das Experiment, durch Impfung übers Kreuz festzustellen, ob eine Impfung mit der Luesspirochäte eine spätere Impfung mit der Paraluesspirochäte unmöglich macht und umgekehrt. So könnte man z. B. ein Kaninchen mit Lues am Hoden infizieren und später am äußeren Genitale mit Paralues (Anregung von ED. ARNING). Auch solche Versuche sind von mir geplant. Am Menschen würde ein positives Impfresultat mit Paralues beim Paralytiker, aber nur dieses beweisend für die Verschiedenheit beider Spirochätenarten sein. Die Züchtung der Paraluesspirochäte, die mir bisher auch in Mischkultur nicht gelungen ist, muß schon deshalb in Angriff genommen werden, um in ungefährlicher Weise am Menschen die Wirkung des NOGUCHIschen Luetins mit einem analog gewonnenen Paraluetin vergleichen zu können. Chemotherapeutische Versuche mit Salvarsan usw. möchte ich mir vorbehalten.

Auch ich möchte endlich darauf hinweisen, wie wichtig für jeden experimentell am Kaninchen arbeitenden Syphilisforscher die genaue Kenntnis der Paralues cuniculi und ihres Erregers ist.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Allgem. Krankenhauses Barmbeck in Hamburg (Prof. Dr. Hahn).

Über einen Fall von Stomatitis mercurialis mit tödlichem Ausgang.

Von

Dr. H. Voss.

Mit zwei Abbildungen im Text.

In den Anfangsmonaten dieses Jahres wurde auf unserer Abteilung ein Fall von Stomatitis mercurialis beobachtet, der wegen der Schwere seines Verlaufs und Ausgangs Beachtung verdient.

Am 9. Januar 1920 kam eine 29jährige, unverheiratete Frau bei uns zur Aufnahme mit folgendem Befund:

Die Patientin war eine blasse Frau mit gesunden inneren Organen. Es bestand eine beiderseitige geringe Leistendrüsenschwellung. In beiden Genito-Femoralfalten fanden sich knopfförmige Schleimpapeln, die Basis beider großen Labien, das Perineum und die Umgebung des Afters waren dicht besetzt mit konfluierenden breiten Kondylomen, in denen überall reichlich Spirochäten gefunden wurden. Auf Bauch und Thorax besonders waren Reste einer Roseola erkennbar; über den ganzen Körper ziemlich wahllos verteilt waren eine Anzahl linsen- bis bohnengroßer, teils noch schuppender, teils mit Borken besetzter, Stellen erkennbar, die besonders auf dem Rücken der Patientin sich ausdehnten und hier teilweise den Übergang zur Rupia syphilitica erkennen ließen. Beide Tonsillen waren mit Schleimpapeln besetzt, papulo-squamöse Syphilide fanden sich in beiden Nasolabialfalten, vereinzelte Pusteln auf dem behaarten Kopf. Wassermann war positiv.

Die Patientin wurde behandelt mit zwei Spritzen Silbersalvarsan 0,15 und einer Spritze Neosalvarsan 0,45, im Verein mit 0,02 Sublimat. Sie wurde außerdem mit einer Quecksilber-Schmierkur behandelt, bei der ihr im Verlaufe ihres ungefähr fünf Wochen währenden Krankenhausaufenthaltes 144 g Hydrarg. cin., eine Menge, die wir normalerweise zu geben pflegen, einverleibt wurden. Als Quecksilberdepot erhielt sie vor ihrem Abgang, entsprechend der von uns geübten Behandlungsweise, innerhalb von drei Tagen zwei Spritzen Merzinol zu 0.05 g Hg. Die Patientin konnte am 23. Februar, nachdem alle Erscheinungen der Syphilis restlos abgeheilt waren, geheilt entlassen werden. Besonders bemerkenswert ist, daß sie bei ihrem Abgang keinerlei Zeichen einer bestehenden oder beginnenden Stomatitis mercurialis bot. Der Wassermann war negativ.

Nach genau vier Wochen wurde die Patientin erneut im schwersten Allgemeinzustand aufgenommen. Die bei ihrem Abgang 96 Pfund wiegende Frau wog jetzt nur noch 76 Pfund. Es bestand erhebliche Anämie und eine schwere Entzündung der Mundschleimhaut; die Schleimhaut der Wangen, der Zähne und der Seitenpartien der Zunge war mit dicken, nekrotischen, übelriechenden Fetzen belegt, die ausgedehnte infiltrierende Ulzerationen bedeckten. Jedes Öffnen des Mundes war außerordentlich schmerzhaft. An der Außenseite der rechten Wange war ein über fünfmarkstückgroßer Bezirk erkennbar, der gegen die Umgebung leicht erhaben erschien, eine bläulichrötliche Farbe zeigte, und dessen Haut durch einen geringen spiegelnden Glanz gegen seine Umgebung auffiel.

Die Behandlung der Stomatitis war eine sehr intensive. Trotz energischer Durchspülung des Mundes mit leichter und stärker konzentrierten antiseptischen Lösungen, trotz ständigen Einlegens von Jodoformgazestreifen, eine Behandlung, die sich uns bei schweren Stomatitiden gut bewährte, trotz sorgfältigster Ernährung, bei der auch zu Nährklistieren gegriffen werden mußte, gelang es nach anfänglicher Besserung nicht, das Krankheitsbild günstig zu beeinflussen. Nur in den ersten Tagen nach der Aufnahme auftretende Durchfälle mit Abgang von Schleim und Blut, die auf eine Beteiligung des Darmes schließen ließen, konnten schnell behoben werden.

Digitized by Google

Im Verlaufe von ungefähr 14 Tagen vergrößerte sich der auch äußerlich erkennbare Herd der rechten Wange ständig. In der Mitte dieses Bezirks zeigte sich dann ein anfangs stecknadelkopfgroßer nekrotischer Herd, der in weniger als 24 Stunden bis fast Fünfmarkstückgröße anwuchs, gangränös zerfiel, eine völlige Kommunikation des Mundes mit der Außenwelt herbeiführte und ein Sichtbarwerden der Zähne vom rechten Eckzahn bis zur Einmündung in den Kiefer verursachte (s. Abb. 1). Auch die linke äußere Wange hatte sich allmählich verändert, auch sie fühlte sich jetzt leicht infiltriert an, war blaurötlich verfärbt und von glänzender, gespannter Haut überdeckt. Genau vier Wochen nach ihrer erneuten Aufnahme erfolgte, nachdem der Kräfteverfall bei subfebriler Temperatur ein immer stärkerer geworden war, der Exitus letalis.

Abb. 1.

Die auf der pathologisch-anatomischen Abteilung des Krankenhauses (Prof. Dr. Fahr) vorgenommene Sektion ergab als Sektionsbefund die Leiche einer schmächtig gebauten Frau im äußerst dürftigen Ernährungszustand. In der rechten Wange fand sich ein handtellergroßes Loch, in dessen Grund der Unterkieferwinkel und Teile des Oberkiefers sichtbar waren. Der Knochen war rauh und zum größten Teil vom Periost entblößt. Die Muskulatur im Oberteil der Wunde war jauchig zerfallen und von schmierig schwarzgrüner Farbe. Im übrigen war die Muskulatur angetrocknet und bräunlichschwarz verfärbt; die Haut reichte über den Wunddefekt in geringer Ausdehnung hinaus, im rechten Lippenwinkel stand noch eine bleistiftdicke Hautbrücke, das Zahnfleisch und die Wurzel der Zunge (Abb. 2) waren

Abb. 2.

blaugrün verfärbt; an der Zungenwurzel waren bis kleinfingerdicke Bezirke völlig nekrotisch, zum Teil waren diese Gewebsnekrosen abgefallen und hatten tiefgehende Ulzerationen bloßgelegt. Der Zahnhals war in beiden Kiefern sehr weit vom Zahnfleisch entblößt.

Digitized by Google.

Die Darmschleimhaut zeigte in den unteren Teilen des Dünndarms eine intensive Rötung. Außerdem wies die Schleimhaut diffuse Zerstörung auf, so daß nur noch flache, unregelmäßig begrenzte, zum Teil punktförmige Schleimhautinseln sichtbar waren. Im Bereich des Dickdarms und besonders im Rektum waren nur noch stellenweise grünlich schmutzig verfärbte Schleimhautfetzen von unregelmäßiger Gestalt und geringer Ausdehnung stehen geblieben, dazwischen war die gerötete Schleimhaut eingesunken und zum großen Teil fortgespült.

Von der übrigen Sektion war nur noch der Lungenbefund von Interesse, der broncho-pneumonische Infiltrationen, besonders in beiden Unterlappen, ergab.

Das vorliegend beschriebene Krankheitsbild erschien uns aus mehrfachen Gründen bemerkenswert. Einmal ist eine Stomatitis mercurialis von derartiger Schwere außerordentlich selten beobachtet und beschrieben worden. Es erscheint völlig sicher, daß die Mundentzündung nicht nur den durch die mangelhafte Ernährung bedingten enormen Kräfteverfall des Körpers herbeiführte, sondern auch als schuldige Ursache für die broncho-pneumonischen Infiltrationen der Lunge, die letzten Endes als Todesursache angesprochen werden mußten, anzusehen war. Die Enteritis war, trotz des schweren objektiven Sektionsbefundes, klinisch so völlig in den Hintergrund getreten, daß wir ihr eine stärkere Schädigung des Körpers, als die durch die Stomatitis bedingte, nicht zuweisen können.

Es ist zweitens zu fragen, ob wir genötigt sind, in Zukunft auf Grund dieses von uns beobachteten Krankheitsbildes eine vorsichtigere antiluetische Behandlung, besonders in der Quecksilberdarreichung, einzuschlagen. Daß es sich im vorliegenden Falle um eine Quecksilbervergiftung gehandelt hat, wird nicht nur durch den völlig eindeutigen klinischen Verlauf der Erkrankung, sondern auch durch den Sektionsbefund erwiesen. Es müssen dem Körper der Patientin größere Mengen Quecksilber gegeben worden sein, als er mit seinen Kräften zu verarbeiten imstande war. Unsere Erfahrungen mit der seit vielen Jahren geübten antiluetischen Behandlung, besonders in der Quecksilberdarreichung in Dosierung und Form, wie sie oben angegeben wurde, haben uns niemals Veranlassung gegeben, unsere Behandlungsmethode zu ändern, obwohl wir auch hierbei gelegentlich Stomatitiden beobachten konnten. Aber immer traten diese Stomatitiden bereits während der Behandlung auf, oder waren zum mindesten bei dem Abgang der Patienten in geringem Grade vorhanden, ohne sich dann später wesentlich zu verschlimmern, und ohne auch nur annähernd jemals die Schwere des beschriebenen Falls zu erreichen. Man muß daher annehmen, daß das durch die Schmierkur verabfolgte Quecksilber nicht als Ursache der Stomatitis in Anspruch zu nehmen ist, sondern daß vielmehr das als Depot verabfolgte Merzinol, trotz seiner äußerst geringen Dosierung die schwere Vergiftung herbeigeführt hat. Wir haben bisher die beiden Merzinol-Injektionen in jedem Fall am Schluß unserer antiluetischen Behandlung innerhalb von drei Tagen gegeben. Bei solchen Patienten, deren dürftiger körperlicher Ernährungszustand eine geringe Widerstandsfähigkeit voraussetzen läßt, werden wir in Zukunft entweder die Merzinolspritzen in größerem Intervall geben, oder von ihnen überhaupt absehen.

Digitized by Google

Trichlorbutylmalonsaures Wismut bei Ekzem.

Aus dem Nachlasse von

PAUL TAENZER (Bremen).

Vor einiger Zeit wurden mir von der Firma Athenstaedt & Redeker in Hemelingen Proben eines neuen Präparates in Salbenform zur Verfügung gestellt, über deren günstige Wirkung bei Hautkrankheiten ich in Kürze in folgendem berichten will.

Es handelt sich um eine Wismutverbindung, welche in die Reihe der von der obengenannten chemischen Fabrik herausgebrachten tertiären Trichlorbutylesterverbindungen gehört. Gleichwie die im hygienischen Institut zu Bremen geprüften Salizylsäure- und Azetylsalizylsäureester[1]) sind die von Herrn Prof. Löwy, Berlin, pharmakologisch geprüften Malonsäureester in den therapeutisch zur Verwendung kommenden Dosen ungiftig. Da diesen Verbindungen eine große desinfizierende und analgesierende Kraft innewohnt, mußten sie aller Voraussetzung nach auch bei Hautkrankheiten verschiedener Art, namentlich solchen, die mit intensivem Jucken verbunden sind, von günstigem Einfluß sein; und tatsächlich traf die Voraussetzung auch zu, wie ich in folgendem durch Anführung einiger charakteristischer Krankengeschichten beweisen werde.

Das tertiäre trichlorbutylmalonsaure Wismut wurde von mir als reines Pulver bei Schanker weichen und harten Charakters, Schnittwunden, Verletzungen usw. angewandt, doch kann ich nicht behaupten, daß es hier mehr geleistet hätte als die schon lange bekannten und bewährten Streupulver. Sein Hauptwirkungsgebiet liegt in der Gruppe der chronischen Ekzeme, und hier leistet es ganz Hervorragendes. Die Anwendungsform bestand in 5—7½—10%igen Salben. Es wurde anstandslos vertragen bis auf zwei Fälle von ganz geringer Hautreizung, die nach drei- und viertägiger Dauer wieder verschwunden war.

Lange bestehende, mit Oberhautverdickungen und Rhagaden einhergehende, stark juckende Ekzeme verloren langsam aber sicher zunächst den Pruritus und die Rhagaden schlossen sich, die Verdickungen nahmen ab und wurden weicher, die Schuppung ließ nach, und allmählich trat das normale Aussehen der Haut wieder ein. Mit wenigen Ausnahmen gingen die Kranken dabei ihrem Berufe nach, was um so eher anging, da das Präparat keine Verfärbung der Haut und Wäsche hervorruft. Unangenehme Nebenwirkungen, außer zweimaliger geringer Hautreizung, wurden nicht beobachtet, so daß das Präparat ohne Bedenken auch in der Kinderpraxis angewendet werden kann.

Von den von mir behandelten 22 Ekzemfällen gebe ich untenstehend nur die kurzgefaßten Krankengeschichten der ganz besonders auffällig beeinflußten Fälle wieder, da sie die günstige Wirkung des Präparates in die richtige Beleuchtung setzen dürften.

1. 35jähriger Baggermatrose mit Eccema vesico-papulosum beider Hände und Handgelenke; besteht seit August 1913 und spottet wegen der Beschäftigung des Kranken (die Hände werden den ganzen Tag nicht trocken) jeder Beschreibung. Der Kranke war schon vom Kassenarzt erfolglos behandelt und kam am 17. 10. 1913 in meine Behandlung. Er machte alle möglichen chemischen Behandlungsmethoden ohne den geringsten Erfolg durch. Auch eine Bestrahlung mit Mesothorium hatte so gut wie keinen Erfolg. Erst als ich am 14. Februar mit dem 10%igen Wismutsalz des tert. Trichlorbutylmalonsäureester begann, schwanden die Bläschen schnell, die Papeln flachten sich ab und am 27. Februar war die Haut glatt.

2. Ein 23jähriger Postaushelfer mit papulösem universellem Ekzem auf urtikarieller Grundlage. Vorhergehende Behandlung mit Schwefel, Karbol, Pyrogallol

[1]) Beide Ester sind die wirksamen Substanzen des als Antirheumatikum verwendeten Perrheumals, während der Salizylsäureester in Verbindung mit Alsol die wirksamen Substanzen des Azetonal bei Hämorrhoidalleiden und (wie ich aus eigener Erfahrung bestätigen kann) bei akuter und chronischer Prostatitis sind. Die Resultate bei letzterer Affektion sind so günstige, daß ich die Herren Kollegen nur zur Nachprüfung auffordern kann.

Digitized by Google

erfolglos. Am 2. März erhielt er das 5%ige Präparat; nach zwei Tagen war das lästige Jucken verschwunden und am 14. März wurde er von mir geheilt entlassen.

3. Handlungsgehilfe mit stark juckendem Ekzem der unteren Extremitäten, das sich namentlich um die Fullikel gruppierte. Vorhergehende Schwefel-, Teer-, und Karbolbehandlung hatte keinen Erfolg. Am 21. März bekam er das 5%ige Präparat und am 28. März stellte er sich mir als geheilt vor.

4. 26jährige Schneiderin, mit chronischem, schuppendem Ekzem beider Handrücken, bereits von mir vor mehreren Jahren zweimal behandelt; reagiert sehr schwer. Am 14. Februar beginnt die Behandlung mit dem 10%igen Wismutpräparat und bereits am 7. März konnte ich die Kranke als geheilt entlassen. Die vorhergehende erfolglose Behandlung bestand in Schwefel, Teer, Pyrogallol und Salizylsäure. Auch die Kohlensäure und Bestrahlung mit Mesothorium hatte wenig sichtbaren Erfolg.

5. 10jährige schwächliche Zimmermannstochter mit einem universellen lebhaft juckenden, teils schuppigen, teils nässenden Ekzem seit mehreren Jahren. Das Kind ist sehr heruntergekommen, nervös und weinerlich gestimmt infolge des unablässigen, die Nachtruhe raubenden Juckens. Am 2. Februar kam es in meine Behandlung und wurde nach den gewöhnlichen Methoden behandelt; die Besserung war wenig in die Augen springend, das Jucken unverändert. Am 25. Februar begann ich mit dem 10%igen Präparate. Als das Kind am 28. Februar wiederkam, war die Besserung eine so auffällige, daß die Kranke von selbst weitere Tuben mit dem Präparate verlangte und erklärte, am nächsten Tage wieder zur Schule gehen zu wollen. Am 14. März war die ganze Haut tadellos glatt und weiß.

6. 21jährige Lehrerstochter mit einem stark verdickten Eccema periorale verrucosum von beinahe warzenähnlichem Aussehen. Die Kranke war schon bei mehreren Dermatologen und praktischen Ärzten gewesen, auch mit Röntgenstrahlen erfolglos behandelt worden. Die üblichen Ekzemmethoden ließen vollständig im Stich, bis ich am 21. Februar mit der 10%igen Wismutsalbe einsetzte. Von diesem Tage an trat eine auffällige Veränderung ein; der warzige Charakter war nach vier Tagen vollständig gewichen, die Verdickung schwand mehr und mehr und am 19. März konnte man nur noch an der etwas gröberen Oberhautfelderung erkennen, daß hier ein pathologischer Prozeß geherrscht hatte.

Ich möchte nicht noch weitere Krankengeschichten anführen, da sie nicht so instruktiv sind wie die obenerwähnten, die ich für genügend ansehe die Brauchbarkeit des Präparates in der Dermatotherapie zu beweisen. Hervorzuheben ist die schnelle juckstillende und abheilende Wirkung bei den chronischen Ekzemen, wie ich sie bisher bei noch keinem anderen Präparate kennengelernt habe. Vielleicht fühlt sich der eine oder der andere Kollege bewogen, die Versuche nachzuprüfen; es sollte mich freuen, wenn ihre Ergebnisse mit den meinigen übereinstimmen würden. Bisher habe ich ausschließlich chronische Ekzeme mit dem Präparat behandelt, allein meine feste Überzeugung ist, daß sich gewiß auch bei der einen oder anderen Hautkrankheit eine günstige Beeinflussung resp. Heilung erzielen lassen würde.

Mitteilungen aus der Literatur.

Dermatomykosen.

Über die Ursache des sogenannten Hongkongfußes („foot tetter"; „Dermatitis rimosa of the toes"; „Dermatitis bullosa plantaris"), von Hermann Dold-Halle a. S. (früher Schanghai). (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 23, H. 19.) Es handelt sich um eine meist in der Falte zwischen der 4. und 5. Zehe des Fußes mit Jucken beginnende leichte Entzündung, die durch ihre Hartnäckigkeit und ihre Neigung, sich weiter auszubreiten, eine sehr lästige Erscheinung ist. Indem die juckende Entzündung oft unter Bläschenbildung und Desquamation der Haut weiter übergreift auf die benachbarten Zehen, den Fußrücken und die Fußsohle, kann es zu schwerer ekzematöser Erkrankung des ganzen Fußes kommen, welche den Kranken an der Bewegung hindert. Unter 98 Fällen von sogenanntem Hongkongfuß konnten 95mal in den erkrankten Hautpartien Fadenpilze festgestellt werden, während solche in 30 Kontrollfällen nur 2mal, spärlich und oberflächlich gelagert, vorhanden waren. Das morphologische und kulturelle Verhalten dieser Pilze weist auf Identität oder mindestens nahe Verwandtschaft mit dem

Digitized by Google

Epidermophyton inguinale hin. In 2 Fällen gelang es, beim Menschen durch innigen Kontakt mit Reinkulturmaterial des Pilzes die Erscheinungen des Hongkongfußes hervorzurufen. Der sogenannte Hongkongfuß scheint mit den als „foot tetter", „Dermatitis bullosa plantaris" und „Dermatitis rimosa of the toes" bezeichneten Affektionen identisch zu sein. O. Gans-Heidelberg.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Pediculi der Augenwimper, von A. A. Hill. (Brit. m. J., 2. Aug. 1919, Nr. 3057.) Bei einem 2jähr. Mädchen fand H. einzelne Exemplare von Pediculi capitis nebst Nissen; er konnte unterm Mikroskop feststellen, daß es sich wenigstens um ein männliches und ein weibliches Exemplar handelte. Betupfen mit schwacher Lysollösung und Auftragen von Ungt. hydrarg. ammoniat. dil. bewirkte prompte Erledigung der Parasiten.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung von Krätze mittels Chlorgas, von G. H. Clark und H. S. Raper. (Brit. m. J., 28. Juli 1917, Nr. 2952.) Aus Beobachtungen, welche Verff. bei einigen 70 Fällen ausführten, ergab sich, daß Chlor eine deutlich abtötende Wirkung auf den Akarus auszuüben imstande ist. Die Pat. wurden durch Gasmasken geschützt und wurden meist an vier aufeinander folgenden Tagen auf 5—20 Minuten, ohne sich auszuziehen, der Einwirkung des Gases ausgesetzt. Die Konzentration desselben betrug etwa 1—2 Teile Chlor auf 1000 Teile Luft, bei einigen Fällen etwas mehr. Definitive Heilung wurde nur bei etwa 25% der Fälle durch eine einzige Behandlungsserie erzielt. In einem Nachtrag wird über Anwendung des Gases bei nacktem Körper, was bessere Resultate ergeben zu haben scheint, berichtet.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Skabiesbehandlung im Felde, von H. Mc Cormac und W. D. D. Small. (Brit. m. J., 22. Sept. 1917, Nr. 2960.) Als zweckmäßigstes Verfahren empfehlen Verff. das gründliche Einreiben von Schwefelsalbe nach der britischen Pharmakopöe, morgens und abends an drei Tagen vorgenommen nach vorheriger ausgiebiger Erweichung der Haut und Eröffnung der Gänge und Bläschen im heißen Bade unter Verwendung von Schmierseife in reichlichen Mengen. Sollten am vierten Tage doch noch Läsionen vorhanden sein, so wird für die nächsten vier Tage eine 20%ige β-Naphtholsalbe mit Vaselin verordnet. Schwefelräucherungen, wie sie in einigem Umfang wieder gebraucht worden zu sein scheinen, sind definitiv abzulehnen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung der Skabies, von G. H. Foott. (Brit. m. J., 29. Sept. 1917, Nr. 2961.) Verf. hat mit einer kräftigen Einreibung mit Schwefelsalbe (20,0 : 100,0) bei allen seinen Fällen prompte Heilung erzielt. Er läßt vor der Einreibung nicht, wie sonst vorgeschrieben, baden, sondern erst wenn die Salbe 24 Stunden eingewirkt hat.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Über Scharlachrezidive, von Eduard Einstoss. (Diss., Frankfurt a. M. 1917.) Als Rezidiv eines Scharlachs bezeichnet man einen Krankheitszustand, der dadurch entsteht, daß, ehe eine verbürgte Skarlatina endgültig zum Abschluß gekommen ist, das charakteristische Scharlachexanthem unter abermaligem Fieberanstieg mit allen typischen Begleiterscheinungen, wie Angina, Erbrechen, Drüsenschwellungen, Himbeerzunge, sich ausbildet und die Skarlatina nach abermaliger Desquamation mit oder ohne Nachkrankheit zum Abschluß kommt. In den beiden mitgeteilten Fällen (Kinder von 11 und 2½ Jahren) trat, nachdem das erste Exanthem abgeblaßt war, noch während des Krankenhausaufenthalts nach etwa 4—5 Wochen mit typischen Prodromalsymptomen ein typisches Scharlachexanthem auf, das im 1. Fall besonders am Stamm, im 2. Fall am Rumpf und an den Oberschenkeln lokalisiert war. Man muß es offen lassen, ob die beiden Fälle als echte Scharlachrezidive oder als Scharlachneuinfektionen anzusehen sind. Auffallend ist immerhin die lange Zwischenzeit (im 1. Fall 5 Wochen, im 2. Fall 4 Wochen), die zwischen dem ersten und zweiten Exanthem liegt, und der Umstand, daß beide Fälle gleichzeitig zur Beobachtung kamen und zwar 2 bzw. 15 Tage nachdem ein neuer schwerer Scharlachfall in das Krankenzimmer gelegt worden war.
F. Weiler-Leipzig.

Digitized by Google

Pockenschutzimpfung durch Punktion, von H. W. Hill. (Brit. m. J., 10. Febr. 1917, Nr. 2928.) Für Massenimpfungen beim Militär gibt Verf. folgende Anweisung: 1. Der Ärmel wird zurückgeschlagen und aufgerollt. 2. Sanitätssoldat Nr. 1 wäscht den Arm mit Wasser und Seife. 3. Sanitätssoldat 2 wäscht den Arm mit reinem Spiritus. 4. Sanitätssoldat 3 wäscht den Arm mit Äther. 5. Sanitätssoldat 4 öffnet das Röhrchen mit Glyzerinkälberlymphe, setzt den zum Austreiben des Inhalts erforderlichen Apparat (Gummiballon) auf und reicht es dem Sanitätssoldat 5 hin. 6. Sanitätssoldat 5 bringt an 3 oder 4 Stellen am Arm eine entsprechende Portion Lymphe in Abständen von wenigstens 2 Zoll auf die Haut. 7. Sanitätssoldat 6 sterilisiert eine gewöhnliche Nähnadel und reicht sie dem Arzt hin. 8. Der Arzt sticht durch die Vakzinetropfen hindurch auf die Haut ein und macht sechs kleine Einstiche, indem er nicht senkrecht, sondern fast horizontal in die Epidermis eindringt. 9. Sanitätssoldat 7 wischt die Vakzinereste ab. Auf diese Weise kann man mit gut eingearbeitetem Personal bequem drei Personen in der Minute impfen. Jeglicher Verband ist nur vom Übel.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Universelle Vakzinia bei Eingeborenen im Sudan, von A. J. Chalmers und R. G. Archibald. (J. trop. med. and hyg., 15. Okt. 1917, Bd. 20, Nr. 20.) Im Gebiet von Khartoum wurden Schutzpockenimpfungen bei etwa 50000 Eingeborenen vorgenommen. Es war somit ein völlig jungfräulicher Boden für diesen Prozeß gegeben, und die Entwicklung desselben ist von Verff. an einigen ausgezeichneten Photogrammen wiedergegeben. Neben dem normalen Verlauf sind zwei Fälle von generalisiertem Schutzpockenausschlag dargestellt; der eine in milder Form betraf einen 5jähr. Knaben, der andere, schwerer, einen erwachsenen Mann. Nach gutem Verlauf der Impfung entwickelte sich am 22. Tage unter leichtem Fieber ein diffuser papulöser Ausschlag fast am ganzen Körper in mehreren Schüben. Nach sechs Tagen erfolgte Bläschenbildung, die erst nach weiteren acht Tagen zu heilen anfing. Ernstere Störungen sind unter allen den betätigten Impfungen nicht beobachtet worden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Scharlachähnliche Hautausschläge in den Tropen, von A. J. Chalmers und A. Innes-Khartoum. (J. trop. med. and hyg., 1. Sept. 1917, Bd. 20, Nr. 17.) Scharlach kommt in den Tropen im allgemeinen nicht vor. Kleine, durch Einschleppung verursachte Epidemien vergehen rasch und erreichen nie eine größere Ausdehnung. Verff. schildern hier einige Fälle, bei denen skarlatinaartige Ausschläge auf anderer Grundlage sich entwickelten und Täuschung möglich machten. Bei dem einen Falle handelte es sich um einen europäischen Beamten, bei dem auf der entzündeten Mandel ein Belag mit einem grampositiven-gramnegativen Diplokokkus nachgewiesen wurde. In einem anderen Falle bewirkte bei einer sonst gesunden Dame eine minimale Dosis Chinin in einem sogenannten Stärkungswein nach 48 Stunden unter leichter Temperatursteigerung einen durchaus skarlatiniformen Ausschlag. Des weiteren werden die unterscheidenden Merkmale bei den verschiedenen Formen von skarlatiniformen Affektionen, die allgemeiner bekannt sind, angegeben, mit ihren Hauptrepräsentanten der Dermatitis scarlatiniformis recidivans und non-recidivans und dem Erythema scarlatiniforme, was sich im Referat nicht wiedergeben läßt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Erhard Riecke, Direktor der dermatologischen Klinik in Göttingen, wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. August 1920 | Nr. 34 | Band 71

Aus der Universitäts-Hautklinik des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf (Vorstand: Prof. Dr. Unna).

Über die intravenöse Anwendung des Argoflavins bei Komplikationen der männlichen Gonorrhoe.

Von

W. Patzschke und E. Wassermann.

Versuche, der Gonorrhoe und ihren Komplikationen mit intravenösen Injektionen von Medikamenten beizukommen, sind abgesehen von der Vakzinebehandlung unseres Wissens bisher nur mit kolloidalen Silberpräparaten gemacht worden, und zwar fast nur bei der weiblichen Gonorrhoe. Von vornherein möchten wir betonen, daß wir keinen Ersatz für die von Neisser eingeführte lokale Behandlung der Gonorrhoe mit Silberpräparaten geben wollen, sondern nur eine Ergänzung dieser alten Therapie anstreben. Die Berechtigung für diese Versuche erblicken wir darin, daß die lokale Behandlung der Gonorrhoe bei Männern nicht allzu selten, bei Frauen ziemlich häufig im Stich läßt, und die Gefahr der lokalen Reizung, der Propagation und der Begünstigung der Tiefenwucherung der Gonokokken, sowie der Bildung von Dauerformen in sich birgt. Es ist deshalb begreiflich, daß die Kollargolbehandlung zuerst gern aufgegriffen wurde, da man glaubte, die gonorrhoischen Entzündungsherde auf dem Blutwege besser beeinflussen zu können. Die damit erzielten Ergebnisse stimmen nun bei den einzelnen Untersuchern (Roth, Menzi, O. Nast, Stümpke u. a.) nicht überein. Das ist nach Kenntnis der Berichte begreiflich. Abgesehen davon, daß die Beurteilung des endgültigen Heilerfolges bei der weiblichen Gonorrhoe schwierig ist, waren auch die angewandten Methoden teilweise ganz verschieden. Es ist bezeichnend, daß diejenigen Untersucher, die mit den intravenösen Injektionen von Kolloidsilber noch eine energische lokale Behandlung verbanden, über sehr günstige Erfolge berichten (Menzi, O. Nast), während andere mit den intravenösen Eingießungen allein zu einer Ablehnung der Methode kommen (Sommerfeld, Stümpke). Um aber den Wert eines neuen Heilmittels beurteilen zu können, muß man es wenigstens im Anfang der Behandlung allein anwenden, da eine kombinierte Behandlung, zumal bei dem verschiedenartigen Verlauf der Gonorrhoe, doch allzu leicht zu Trugschlüssen führen kann. Dieser Einwand ist auch gegenüber Nast zu erheben, der als einziger bei der männlichen Gonorrhoe Kollargol angewendet hat und dabei gute Erfolge erzielte. Übereinstimmend wird aber von allen Autoren über recht unangenehme Nebenwirkungen auf das Allgemeinbefinden nach Anwendung von kolloidalem Silber geklagt.

Digitized by Google

Der Gedanke, auf dem Blutwege vermittelst stark bakteriotroper und schwach organotroper Mittel eine Abtötung bzw. Schädigung der Gonokokken im entzündeten Gewebe neben einer rein örtlichen Behandlung zu erzielen und so gewissermaßen den Kampf von zwei Seiten zu führen, muß den Kliniker immer wieder veranlassen, jedes intravenös anwendbare Mittel, das stark abtötende Wirkung gegenüber pathogenen Keimen hat, zu prüfen. Neuerdings sind nun das Trypaflavin und seine Silberverbindung des Argoflavins als stark bakterientötende Mittel sowohl lokal wie auch intravenös häufig in der inneren Medizin und in der Dermatologie angewendet worden. Argoflavin, ein braunrotes Pulver, löst sich in Wasser, bis zu einer Konzentration von 1 : 100. Durch Kochsalz wird es teilweise, besonders in stärkerer Konzentration ausgefällt, weshalb es zu Injektionen nicht in physiologischer Kochsalzlösung verwendet werden kann. Die Ausscheidung des Argoflavins dauert 4—5 Tage und läßt sich mit einer 10%igen Kupfersulfatlösung als grüngelber Niederschlag, der in Eisessig wieder löslich ist, nachweisen. Über bisherige Versuche mit Argoflavin berichtet Lewin, der einen schweren Fall von hämorrhagischer Zystitis nach wiederholten Injektionen mit einer ½%igen Lösung fast heilte. Er zitiert Bohland, welcher bei inneren katarrhalischen Prozessen (Cholangitis, Pyelitis, Zystitis) mehrmals täglich 40 ccm einer ½%igen Argoflavinlösung mehrere Tage hindurch gab und dabei gute Erfolge gesehen haben will. Von unangenehmen Nebenerscheinungen wird nichts erwähnt. Wir möchten hierzu bemerken, daß wir anfangs mit ½—1%iger Lösung gearbeitet haben und dabei gute Erfolge erzielten, aber auf Grund von Venenwandschädigungen, vor allem von ausgedehnten Thrombosen, die oft die Venen in einer Ausdehnung von 15 cm befielen, leider davon abgehen mußten und jetzt nur noch ¼%ige Lösungen verwenden. Wir injizieren täglich oder jeden zweiten Tag mindestens 40 ccm Lösung 5—6 Tage lang, machen aber darauf aufmerksam, daß in einem Überschuß von Argoflavinlösungen die roten Blutkörperchen sich zusammenballen und rasch ausfallen. Man sieht mikroskopisch ausgedehnte Schollenbildung, wobei die Konturen der Erythrozyten oft nicht mehr erhalten sind. In warmen Lösungen beobachtet man den Eintritt der Ausfällung früher als in kalten. Wir empfehlen deshalb zur Vermeidung von Embolien mit Lösung von Zimmertemperatur zu arbeiten und das Blut nicht in größeren Mengen in die Spritze zu aspirieren. An sonstigen Nebenerscheinungen sahen wir einige Male leichte Chokwirkungen sofort nach der Injektion, ohne daß es jedoch zu ernsteren Zufällen gekommen wäre. Gelegentlich klagten die Patienten, insbesondere solche, die schon drei und mehr Injektionen bekommen hatten, über etwas Kopfschmerz und Schwindel. Fieber trat mit einer einzigen Ausnahme nach den Injektionen niemals auf. Die Untersuchung der Leukozytenverhältnisse ergab regelmäßig nach 8—24 Stunden einen Anstieg von 4—6000, der nach 2—3 Tagen wieder zur Norm abfiel, ohne daß ein Unterschied im Blutbild selbst zutage getreten wäre.

In erster Linie mußten für die Argoflavintherapie solche Fälle in Betracht kommen, bei denen eine lokale Therapie aus irgend welchen Gründen ausgeschlossen war: Urethritis gon. post peracuta; Komplí-

Digitized by Google

kationen von Arthritis gon, sowie Prostatitis und Epididymitis. Ferner boten eine Indikation zur intravenösen Eingießung von Argoflavin Fälle von chronischer Gonorrhoe, die sich gegenüber monatelanger energischer Lokalbehandlung refraktär gezeigt hatten. Dann wandten wir die Methode auch bei chronischer Urethritis gon. oder postgon. in Verbindung mit chronischer aszendierender Prostatitis, Bakteriurie und schließlich auch bei akuter unkomplizierter Urethritis gon. ant. an. Hierbei ist besonders ein prompt reagierender Fall von akuter gonorrhoischer Urethritis post. zu erwähnen, der ohne jede lokale Behandlung, obwohl vorher eine starke Trübung der beiden Urinportionen vorhanden war, nach einer Woche gonokokkenfrei wurde. Die Trübung des Urins schwand bis auf spärliche Flocken im ersten und zweiten Glase. Allerdings wendeten wir in diesem Falle 1% ige Lösungen an, wovon wir später wegen der schon erwähnten Schädigung der Venen abgingen. Leider war gerade in diesem Falle eine Nachprüfung mit Provokation nicht möglich, da der Patient (wegen Heimkehr nach der Türkei) das Krankenhaus vorzeitig verließ. In anderen von uns behandelten Fällen von akuter Urethritis post. ac. erzielten wir allerdings ein Verschwinden der Gonokokken nicht wieder, trotz Anwendung von 1%igen Lösungen, dagegen besserte sich das Allgemeinbefinden sowie die Urinverhaltung, der Ausfluß wurde geringer. Zur Sekretentfernung begannen wir jedoch bald mit Janetschen Spülungen mit warmem Wasser. Bei Patienten mit akuter Urethritis gon. ant., die lokal ebenfalls nur mit warmem Wasser behandelt wurden, zeigte sich nach wiederholter intravenöser Argoflavinanwendung, abgesehen von einer Sekretionsverminderung, eine abtötende Wirkung auf Gonokokken nicht. Hier wie auch bei der Urethritis post. trat also so bald als möglich die lokale Therapie wieder in ihre Rechte. Wenig beeinflußt wurden durch die intravenöse Behandlung die akuten gon. Epididymitiden, dagegen sahen wir eine rasche Besserung auftreten in mehreren Fällen von Arthritis gon. des Kniegelenks und gon. Sehnenscheidenentzündung, wo nach zwei Injektionen die Erscheinungen zurückgingen, und ebenfalls eine Besserung im Befinden bei zwei Fällen von Bakteriurie, deren gonorrhoische Infektion 8—10 Jahre zurücklag und die ebenso lange in klinischer und ambulanter Behandlung gewesen waren. Eine Krankengeschichte möge hier in kurzem Auszug mitgeteilt werden:

Pat. M. Kein Ausfluß, alle drei Urinportionen stark getrübt; im Sediment und im steril entnommenen Harn massenhaft Eiterkörperchen, Staphylokokken und Kolibazillen. Gelegentlich Entleerung schleimigeitriger Membranen im Urin. Prostata vergrößert, knollig geschwollen, Samenblasen vergrößert, schmerzhaft, palpabel. Der Patient ist bisher mit heißen Janetschen Spülungen, Instillationen, Aolaninjektionen, Prostatamassage zwar gebessert worden, doch ist die Erkrankung seit Monaten stationär geblieben, d. h. es zeigt sich noch immer in den zwei Urinportionen weißlicher flockiger Niederschlag mit Eiterkörperchen, Staphylokokken und Koli. Wir begannen deshalb nachdem wir schon früher einen Versuch mit Argoflavin vorzeitig hatten abbrechen müssen, nochmals mit diesen Injektionen unter genauer bakteriologischer Kontrolle des Urins. Dabei zeigte sich nach der zweiten Injektion in den Urinkulturen nach 24stündigem Aufenthalt im Brutschrank eine deutliche

Digitized by Google

Wachstumshemmung gegenüber der Kontrollplatte; die Kolonien kamen erst am dritten Tage deutlich hervor, ohne daß wir jedoch eine Verminderung ihrer Zahl konstatieren konnten. Wir setzten die intravenöse Behandlung fort und legten nach fünf Tagen, nachdem der Patient drei Spritzen einer 1%igen Lösung erhalten hatte, nochmals Urinkulturen mit Blutagarplatten an. Bei Zusatz von 0,5 Urin zeigte sich schon in der Kontrolle eine starke Annahme, es waren etwa drei Dutzend Kolonien nach 24 Stunden gewachsen, dagegen blieben die Blutagarplatten, die 1, 3 und 5 Stunden nach der Injektion mit Argoflavin angelegt waren, steril (jedesmaliger Urinzusatz von 0,5). Inzwischen war auch eine merkliche klinische Besserung eingetreten, der Bodensatz des Urins wurde geringer und lockerer. Eine völlige Ausheilung dieses Falles ist uns infolge der Ausdehnung des Prozesses in Prostata und Samenblasen bis jetzt noch nicht gelungen. In einem anderen Falle, dessen Krankengeschichte der vorigen sehr ähnelt, sahen wir nach drei Argoflavininjektionen (1%ig) ebenfalls eine deutliche Besserung eintreten. Auch hier klärte sich der Urin nach mehreren Argoflavinspritzen, ohne daß wir jedoch die letzten Reste der Krankheit beseitigen konnten.

Fassen wir unsere Erfahrungen mit Argoflavin zusammen, so empfiehlt sich eine intravenöse Anwendung in ¼%igen Lösungen vor allem dort, wo eine lokale Behandlung kontraindiziert ist, wie akuter Urethritis post., Prostatitis usw. Hier sowie bei den metastatischen Erkrankungen (Arthritis) scheint es eine günstige Wirkung auszuüben, ebenso, wie bakteriologische Untersuchungen zeigen, bei den meist auf chron. Prostatitis beruhenden Bakteriurien. Eine Abtötung der Gonokokken erzielten wir mit dieser Therapie, abgesehen von einem Falle, nicht. Dagegen trat in den meisten Fällen eine Sekretverminderung und Klärung des Urins ein. Ein abschließendes Urteil über die intravenöse Behandlung, zu der wir mit diesem Aufsatz eine Anregung geben möchten, kann natürlich nur an einem größeren Krankenmaterial gewonnen werden.

Aus der Hautklinik der Universität Köln (Direktor: Prof. Dr. Zinsser).

Über eine eigenartige Verfärbung der Haut über den Venen der Vorderarme nach Anwendung von Chrysarobin.

Von

H. Fischer, Sekundärarzt der Klinik.

Mit einer Abbildung im Text.

Die im folgenden geschilderte Eigentümlichkeit wurde von Prof. Zinsser auf der Station beobachtet und ich bin beauftragt, dieselbe kurz mitzuteilen.

Es handelt sich um einen jungen Mann von 19 Jahren, der schon wiederholt wegen einer Psoriasis in Behandlung war. Bei der Aufnahme bestanden nummuläre

Digitized by Google

Herde auf dem Rumpf, ebenso auf den Streck- und Beugeseiten der Extremitäten. Behandelt wurde der Pat. mit 1%iger Chrysarobinzinkpaste, die auf dem ganzen Körper aufgetragen wurde und Solutio Fowleri intern.

Einige Tage nach Beginn der Behandlung zeigte sich gleichzeitig mit der typischen Chrysarobinverfärbung um die psoriatischen Plaques eine streifenförmige Verfärbung derselben Art, die aber stärker war wie die eben erwähnte auf den Beugeseiten des Vorderarms. Nach sechstägiger Anwendung der 1%igen Chrysarobinzinkpaste war auf den Unterarmen ein deutliches Netz von stark blaubraun verfärbten Streifen vorhanden, die bei genauerem Zusehen genau dem Venennetz des Vorderarmes entsprachen. Diese Streifen waren nicht etwa dadurch verursacht, daß das Venennetz durch die relativ zarte Haut durchschimmerte, sie waren bedingt durch eine intensive Chrysarobinpigmentierung der Haut über dem Venennetz. Wenn man die Haut über den Venen seitlich verschob, verschob sich das ganze Netz mit und man sah nun neben den Pigmentstreifen deutlich die Venen bläulich durchschimmern. Die Farbe der Pigmentierung war genau die bekannte Verfärbung des Chrysarobins, nur war sie sehr intensiv. Diese Verfärbung fand sich lediglich auf den Beugeseiten der Vorderarme, schnitt mit der Ellenbeuge ab. Auf dem ganzen übrigen Körper waren Verfärbungen dieser Art nicht vorhanden. Es muß noch gesagt werden, daß die Verfärbung um die psoriatischen Plaques nicht besonders stark war, wenigstens nicht stärker wie man sie gewöhnlich zu sehen bekommt. Die Verfärbung über den Venen der Vorderarme im Vergleich hierzu war entschieden stärker.

Die Chrysarobinverfärbung der Haut kommt nach den Untersuchungen von Unna und Golodetz (1) durch Oxydation des Chrysarobins in der Haut zustande, und zwar spielt hierbei die Ölsäure der Haut als Aktivator eine große Rolle. Es kommen als Quelle der Ölsäure auf der Haut nach Unna in Betracht die Talgdrüsen, die Schweißdrüsen und die basale Hornschicht. Nach den Untersuchungen von Schamberg (2) kann das Chrysarobin durch die Hautproteine oxydiert werden dadurch, daß es ihnen den Sauerstoff entzieht, und zwar ist er der Ansicht, daß diese Oxydation ohne Vorhandensein des Luftsauerstoffs zustande kommt, also lediglich eine Gegenwirkung von Chrysarobin und Hautproteinen ist. Er fand dann weiter, daß das Chrysarobin eine starke Affinität zu den Hautkeratinen hat; dieser Befund würde sich mit der Unnaschen Auffassung insofern decken, als nach Unna der Hauptsitz der Ölsäure die basale Hornschicht ist. Unna geht sogar in der Bewertung der Ölsäure für den Oxydationsvorgang des Chrysarobins so weit, daß er sagt: Die Topographie der Chrysarobinoxydation auf der menschlichen Haut ist die Topographie der Ölsäure. Nach Schamberg ist die Hautfärbung bei Chrysarobinanwendung zumeist der Oxydation des Stoffs in der Horn-

Digitized by Google

schicht zuzuschreiben. Ein Teil des Stoffs gelange aber trotzdem in die tieferen Lagen, ja ins Korium. Diese Auffassung deckt sich auch wieder mit der Auffassung von UNNA und einer diesbezüglichen Beobachtung, die UNNA in der Derm. W., 1916, Bd. 62, S. 176 mitteilt. Danach ist die Wirkung des Chrysarobins weit stärker, wenn das Chrysarobin überall — nicht bloß auf den Beugeseiten der Haut — auf eine dünne Hornschicht wirkt, was man durch vorhergehende Behandlung mit Salizyl erreichen kann. Dadurch wäre dem Chrysarobin bessere Gelegenheit gegeben, an die basale Hornschicht, die der Hauptsitz der die Oxydation vermittelnden Ölsäure ist, heranzukommen. Dadurch würde die Verfärbung natürlich auch entsprechend intensiver werden. Die Stärke der Verfärbung ist uns also ein Gradmesser für die Stärke der Oxydation des Chrysarobins, wie auch der Vorgang dieser Oxydation im einzelnen sein möge.

Wir werden also, auf unseren Fall angewandt, annehmen müssen, daß an den streifenförmigen Verfärbungen über dem Venennetz der Beugeseiten der Vorderarme eine stärkere Oxydation des Chrysarobins stattgefunden hat. Man könnte nun zunächst an ein mechanisches Moment denken, daß an den Stellen über den Venen das Medikament wegen des Hervorragens der Venen energischer eingerieben worden sei als an den dazwischenliegenden Partien, und daß dadurch an diesen erhabenen Stellen das Chrysarobin tiefer in die Haut, in die basale Hornschicht eingedrungen sei. Dagegen spricht zunächst, daß die Venen an der Beugeseite kaum erhaben waren, und daß gerade an den Stellen, wo die Venen erhaben waren, den Streckseiten, diese Erscheinung fehlte. Für eine eventuelle Annahme, daß gerade über den Venen der Beugeseiten eine erhöhte Ölsäureproduktion stattfinde, haben wir wohl keinen Anhaltspunkt, ebensowenig für erhöhte Oxydationsvorgänge über dem Venensystem an dieser Stelle über den Gefäßen.

Der eben zitierten Angabe von UNNA ist zu entnehmen, daß gerade an den Stellen, die eine dünne Hornschicht besitzen, die Wirkung des Chrysarobins besonders stark ist und entsprechend auch die Verfärbung. Er erwähnt hierbei gerade die Beugeseiten. In unserem Falle war nun eine ziemlich zarte weiße Haut an den Armbeugen vorhanden. Bei der Annahme, daß über den Venen diese an sich wegen der dort vorhandenen Spannung zarte Haut eine um einen Grad dünnere Hornschicht habe und damit die basale Hornschicht näher der Oberfläche gelegen sei, wäre die Erscheinung zu erklären. Es scheint aber nun noch eine andere Erklärung möglich, und das ist eine stärkere Oxydation des Chrysarobins an diesen Stellen unter dem Einfluß des Lichts. Es ist bekannt, daß Oxydationsvorgänge unter dem Einfluß des Lichts gesteigert werden können. Nun absorbiert das dunkel durch die Haut scheinende Venennetz mehr Licht wie die umgebende weiße Haut. Hierdurch könnte eine stärkere Oxydation des Chrysarobins an diesen Stellen bedingt sein. Die betreffende Erscheinung ist lediglich auf die Beugeseiten der Vorderarme beschränkt und der Kranke trug die Vorderarme vielfach bis zum Ellenbogen frei. Daß dieselbe Erscheinung nicht auch auf den Streckseiten der Vorderarme aufgetreten ist, könnte man durch die dickere Beschaffenheit der Haut an diesen Stellen erklären. Das zu gleicher Zeit

Digitized by Google

in so geringem Maße verabreichte Arsen glaube ich nicht mit der Erscheinung irgendwie in Zusammenhang bringen zu können.

Eine befriedigende Erklärung der beschriebenen Veränderung kann ich nicht geben. Ich glaubte aber doch diese Beobachtung mitteilen zu sollen, um die Aufmerksamkeit auf die genannte Veränderung zu lenken und zur Erklärung dieser seltsamen Erscheinung anzuregen.

Die vorstehend geschilderte Eigentümlichkeit scheint übrigens häufiger vorzukommen, denn wir haben, seitdem wir auf diese Affektion achten, bereits zwei Fälle derselben Art gesehen.

Literatur.

1. Unna und Golodetz, Zur Chemie der Haut. VII. Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 50 u. 51, S. 95. Ferner: Cignolin als Heilmittel der Psoriasis, Bd. 62, Nr. 6, 7 u. 8. — 2. Schamberg, Jay F., Raiziss, G. W., Kolmer, John, Eine Studie über die biochemischen Eigentümlichkeiten des Chrysarobins. J. of cutan. dis., Bd. 33; Ref. in Arch. f. Derm., Bd. 122, S. 694.

Zur Frage der Gonorrhoeheilung.

Von

San.-Rat Dr. Leven in Elberfeld.

Die Frage der Gonorrhoeheilung gewinnt angesichts der neuen Gesetzgebung erneutes Interesse, und zwar nicht nur für den engeren Kreis der Fach-, sondern auch für die Allgemeinheit der Ärzte. Der § 3 der Gesetzeskraft besitzenden Regierungsverordnung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten lautet:

„Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft, soweit nicht nach dem Strafgesetzbuch eine höhere Strafe eintritt. Die Verfolgung tritt, soweit es sich um Ehegatten oder Verlobte handelt, nur auf Antrag ein."

Der Patient stützt sich bei der Frage, ob er eine Heilung seiner Geschlechtskrankheit annehmen kann, auf das Urteil des Arztes, und dieser muß genau wissen, welche Forderungen er aufzustellen hat, wenn er die Heilung beurteilen soll. Sind dieselben nicht restlos zu erfüllen, so muß der Arzt, auch wenn die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit einer Übertragung des Leidens nur noch gering ist, seine Patienten darauf hinweisen, daß er eine sichere Gewähr nicht übernehmen könne, besonders dann nicht, wenn es, wie in der Ehe, sich um einen auf lange Zeiten fortgesetzten geschlechtlichen Verkehr handelt.

Wir können nun bekanntlich bei der Gonorrhoe in einer erheblichen Zahl von Fällen die wissenschaftlichen Forderungen, welche wir für eine restlose Heilung der Krankheit aufstellen müssen, mit unseren bisherigen Behandlungsmitteln nicht erreichen. Einfach gestalten sich die Verhältnisse, wenn nach Abschluß der Behandlung bei wiederholten, nach langer Urinpause vorgenommenen Untersuchungen keine Spur von Sekret vorhanden und der Urin klar und völlig frei von Fäden ist. Erweist sich dann auch das Prostatasekret frei von Eiterkörperchen, ist ferner an Hoden und Nebenhoden nichts nachweisbar, ist auch kein periurethraler Gang, kein paraurethrales Infiltrat sowie keine Striktur vorhanden, so kann man

Digitized by Google

eine völlige Ausheilung annehmen. Man muß indes auch in solchen Fällen etwas abgeschabtes Harnröhrensekret auf Gonokokken untersuchen, da immerhin die Möglichkeit besteht, daß es Gonokokkenträger gibt, bei denen infolge von lokaler Immunisierung der Harnröhre keine Krankheitserscheinungen mehr nachweisbar sind. Man muß sich überhaupt daran gewöhnen, auch bei der Gonorrhoe immunisatorische Vorgänge als Heilungsfaktor in Betracht zu ziehen. Sie erklären einerseits plötzliche Heilungen, die wir bei strenger Kritik nicht auf unsere Therapie beziehen können, andererseits können sie zur Folge haben, daß, wie bei anderen Infektionskrankheiten — Typhus —, der vorher virulente Mikroorganismus als avirulenter Saprophyt einheilt und seine Virulenz erst wiedergewinnt, wenn er auf einen neuen Nährboden, wie er für den Gonokokkus das empfindliche Reagens des weiblichen Genitaltraktus ist, kommt. Indes wissen wir über die hier berührte Frage nichts Sicheres. Die Annahme einer Heilung trifft weiterhin auch für den Fall zu, daß etwaiges Sekret nur aus Schleim und Epithelzellen besteht.

Leider liegen aber bei vielen von uns zu beurteilenden Fällen die Verhältnisse nicht so einfach. Wir finden, daß die entzündlichen Erscheinungen nicht völlig verschwinden, es bleibt mehr oder weniger Ausfluß zurück, und der Urin enthält Fäden. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß Ausfluß und Fäden entweder aus reinem Leukozytenmaterial bestehen oder doch mehr oder weniger Eiterkörperchen neben Epithelien aufweisen; Gonokokken finden sich bei wiederholten Untersuchungen nicht. Auf diesen negativen Gonokokkenbefund gestützt, glaubte man annehmen zu können, daß solche Fälle nicht mehr infektiös seien, und daß man die Erteilung des Ehekonses allein von dem Ausfall wiederholter eingehender Untersuchungen der Flocken und Sekrete auf Gonokokken abhängig machen könne. Trotz aller Vorsicht bei diesen Untersuchungen kam es aber doch immer wieder vor, daß sich in einzelnen derartigen Fällen plötzlich wieder Rezidive einstellten und das Vertrauen in die Zuverlässigkeit der Methode erschütterten. Sie zeigten uns in unerwünschter Weise, daß der Genitaltraktus ein besseres Kriterium quoad sanationem ist als jedes Kulturverfahren, jede mikroskopische Untersuchung, jede Endoskopie. In einer Reihe von früher erschienenen Arbeiten[1][2][3], deren Gedankengang ich hier in Kürze wiederholen will, habe ich den Nachweis zu erbringen versucht, daß der negative Ausfall der Untersuchungen auf Gonokokken bei Anwesenheit von Eiterkörperchen in größerer Menge allein nicht genüge, sondern daß das Vorhandensein von Leukozyten in Sekret oder Fäden bei unkomplizierten Fällen beweisend sei für das Vorhandensein von Gonokokken. Bei der Begründung dieser Ansicht gehe ich von der Frage aus, worauf das Auftreten von Leukozyten bzw. die Unterhaltung der Eiterung in den besagten Fällen zurückzuführen ist, ob diese „katarrhalischen" Erscheinungen durch andere Mikroorganismen als den Gonokokkus hervorgerufen werden oder lediglich durch den Gonokokkus selbst. Gegen

[1]) Wann können wir die Gonorrhoe als geheilt ansehen? Arch. f. Derm., Bd. 55. — [2]) Zur Frage der Gonorrhoeheilung und des Ehekonsenses bei Gonorrhoe. Arch. f. Derm., Bd. 75. — [3]) Weitere Bemerkungen zur Frage der Gonorrhoeheilung. Arch. f. Derm., Bd. 59.

Digitized by Google

die Annahme, daß bei solchen „postgonorrhoischen Katarrhen" sonstige Mikroorganismen die Ursache der langdauernden Eiterung sind, spricht meines Erachtens einerseits der häufige Befund reiner Epitheldesquamation mit zahllosem Bakteriengemisch, anderseits sprechen dagegen vor allem die Fälle von sogenannter aseptischer, chronischer Urethritis, Fälle, in denen wir eine sehr reichliche Leukozytenmenge, ja oft rein eitrige Fäden ohne Beimischung irgend welcher Bakterien finden. Die in den der ersteren Kategorie angehörenden Fällen sich findenden, größtenteils der Fossa navicularis entstammenden Bakterien haben nur saprophytischen Charakter; gerade die Fälle von reiner Epitheldesquamation, in denen man sie reichlich findet, beweisen dies. Die Annahme, daß ein solches Bakteriengemisch in einer gewissen Anzahl von Fällen eine Eiterung hervorrufe, in anderen nicht, weil bei letzteren gewisse Voraussetzungen dafür fehlen, ist ganz unbegründet. Welches ist denn diese Voraussetzung besonderer Art? Nun, eben der Gonokokkus. Die in der Urethra herdweise auftretenden, tiefgreifenden Schleimhautveränderungen, die wir als Grundlage der eitrigen Filamente finden, sind doch wohl ursprünglich bedingt durch den Gonokokkus. Weshalb nun bleiben sie in einer Reihe von Fällen zurück, in einer anderen nicht? Das Bakteriengemisch kann die Ursache dafür nicht sein, denn wir finden es auch in den ausgeheilten Fällen; den Hinderungsgrund der Ausheilung bildet der Gonokokkus. Und weshalb heilen die Fälle von sogenannter aseptischer chronischer Urethritis nicht aus, bei denen doch die Bakterienflora nicht in Frage kommt? Der Gonokokkus hat die Eiterung zunächst doch veranlaßt; warum verschwindet sie nicht, wenn man annimmt, er sei beseitigt? Wir sehen doch sonst, daß Schleimhautdefekte und Eiterungen cessante causa aufhören. Die natürlichste Erklärung ist eben, daß der in der Tiefe des Gewebes sitzende Gonokokkus die Eiterung unterhält.

Auch die Unzuverlässigkeit unserer sonstigen Methoden zur Identifizierung des Gonokokkus verlangt nach sicheren Kriterien. Die Gram-sche Methode ist gewiß wertvoll, um uns in solchen Fällen Aufschluß zu geben, in denen wir eine bestimmte Bakterienart identifizieren wollen. Aber in einem von Hunderten von Bakterien wimmelnden Präparate ist selbst mit Hilfe der Nachfärbung das Resultat recht unsicher. Das störende Bakteriengemisch durch antiseptische Einspritzungen zu beseitigen, wie dies vorgeschlagen wurde, geht nicht an; untersuchen wir kurze Zeit nach diesen Injektionen, so läßt sich auch der Gonokokkus nicht blicken, warten wir aber einige Tage ab, so ist auch das Bakteriengemisch wieder da. Entscheidende Untersuchungen sollen doch erst längere Zeit nach Aussetzen jeder Therapie erfolgen. Wir müssen, da auch hierbei das wiederholte Nichtfinden von Gonokokken keine genügende Sicherheit gewährt, des Suchens nach vereinzelten Gonokokken enthoben sein und ein Charakteristikum haben, das größere Sicherheit bietet.

Ähnliche Bedenken liegen auch bei dem Kulturverfahren vor. Daß wir in vielen Filamenten keine Gonokokken finden, ist bekannt; solche Fäden werden auch beim Kulturverfahren ein negatives Resultat geben. Aber damit ist nichts bewiesen. Nicht jeder Faden, nicht jede Öse eitrigen Sekretes enthält Gonokokken, aber dasjenige, was die Eiterung in solchen Fällen im Grunde erst ermöglicht, ist der in der Tiefe des Gewebes

Digitized by Google

sitzende Gonokokkus, entweder in seiner ursprünglichen Form, oder evtl. in durch die Anpassung an den Wirtskörper hervorgerufenen Modifikationen. Der färberische und kulturelle Nachweis der Gonokokken ist also in solchen Fällen ein sehr schwieriger und unsicherer, und langdauernde Latenzperioden können vergehen, bevor aus irgend einem Grunde eine Mobilisierung erfolgt.

Von einem Teile derjenigen Ärzte, welche das bloße Nichtfinden der Gonokokken als ungenügend betrachten, wird nun die völlige Beseitigung der Fäden und Flocken vor Erteilung des Ehekonsenses verlangt — Oberländer, Kopp, Wossidlo und andere. Wossidlo[1]) verlangt eine durch sachgemäße Behandlung zu erstrebende völlige Beseitigung der Fäden sowie Freiheit des Prostata- und Samenblasensekretes von Leukozyten. Er sagt weiter:

„Es bleibt nun eine relativ kleine Zahl von Fällen übrig, denen wir machtlos gegenüber stehen, die auch trotz sorgfältigster Behandlung ihre Fäden nicht verlieren und bei denen diese oder das Prostatasekret dauernd eine geringe Anzahl von Leukozyten enthält. Ergibt hier eine wiederholte urethroskopische Untersuchung keine wesentliche Veränderung mehr, bleibt der mikroskopische Befund der Fäden und des Prostatasekretes stets derselbe, sind nie Gonokokken gefunden worden, dann sind wir schließlich auch nicht mehr berechtigt, diesen Patienten die Ehe zu verbieten. Wir können freilich, wie der oben angeführte Fall lehrt, keine Garantie übernehmen, daß eine Infektion der Frau nicht erfolgt. Nach dem heutigen Stande des Wissens stecken jedoch derartige Fälle nur selten an, und es wäre rigoros, solche Männer zur Ehelosigkeit zu verurteilen. Erfolgt doch eine Infektion der Frau, so trifft den Arzt doch wenigstens nicht der Vorwurf, nicht alle ihm zu Gebote stehenden Mittel der Diagnose und Therapie vor Erteilung des Ehekonsenses benutzt zu haben. Jedenfalls wird bei dem oben beschriebenen Vorgehen der Prozentsatz der Fälle, in denen die Frau in der Ehe infiziert wird, ein erheblich geringerer sein, als wenn sich der Arzt lediglich auf das negative Resultat der Untersuchung auf Gonokokken verläßt.

Wossidlo legt also einmal auch bei diesen Fällen Wert auf die geringe Leukozytenzahl, andererseits ist er sich darüber klar, daß er auch in solchen Fällen eine absolute Garantie nicht übernehmen, daß trotzdem noch eine Infektion der Frau erfolgen kann, und erteilt den Konsens nur, weil bei derartig vorsichtig beurteilten Fällen die Infektionsmöglichkeit eine geringe ist. Auch bei diesem Autor spielt also die geringe Leukozytenzahl eine wichtige Rolle.

Die Forderung der völligen Beseitigung aller Fäden, auch der Epithelfäden geht meines Erachtens zu weit. Daß Gonokokken auf den Epithelzellen gefunden werden, solange noch Leukozyten vorhanden sind, ist ohne weiteres erklärlich. Innerhalb der Epithelien wäre, wenn es überhaupt vorkommt, es dahin zu deuten, daß vereinzelte Gonokokken vielleicht einmal in eine abgestoßene Epithelzelle hinein gelangen. Sehr schön schildert Finger[2]) das Verhalten der Gonokokken zu Eiterzellen und Epithelien wie folgt:

„Diese Häufchen liegen zum Teil noch zwischen Zellen, zum Teil aber, und das ist für den Gonokokkus charakteristisch, in den Eiterzellen. So findet man zunächst Zellen, wo im Protoplasma, meist nahe dem Kerne, eine oder wenige Gruppen von Gonokokken liegen. In anderen Zellen ist die Menge der Gonokokken schon größer, sie reichen an einer oder der anderen Seite bis an den Rand der Zelle, gehen aber nie über diesen hinaus, wodurch ihr Aufenthalt im, nicht auf dem Zelleib erwiesen

[1]) Wossidlo, Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen. — [2]) Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen, 5. Auflage, 1901.

Digitized by Google

ist. Andere Zellen endlich sind so dicht von Gonokokken erfüllt, daß durch selbe der Kern verdeckt wird. Sind die Zellen endlich stark mit Kokken gefüllt, dann bersten sie, und die Kokkenhäufchen fallen aus den Zellen. Nicht selten sieht man dann noch Kokkengruppen um einen oder zwei bis drei Zellkerne angeordnet, jedoch ohne den scharfen Kontur des Zelleibes, dann meist gegen die Mitte zu dichter, nach der Peripherie zu lockerer zusammenliegen. Ebenso findet man in etwas älteren Blennorrhoen zahlreiche Plattenepithelien, die Häufchen und Rasen von Gonokokken tragen. Das Überragen der Kokken über den Rand der Epithelzelle beweist, daß diese den Epithelzellen auf-, nicht in dem Protoplasma eingelagert sind."

Es entspricht dies ganz meiner Auffassung. Daß bei gleichzeitigem Vorhandensein von Leukozyten und Epithel auf den Epithelien Gonokokken gefunden werden können, ist demnach möglich; sind keine Eiterkörperchen mehr da, so kann man das Vorhandensein von Gonokokken ausschließen. Ich sehe hier ab von der oben erwähnten Möglichkeit von Gonokokkenträgern bzw. der Einteilung von Gonokokken durch immunisatorische Vorgänge, da wir hierüber noch nichts sicheres wissen und lediglich auf Vermutungen angewiesen sind.

Die Zahl derjenigen, die den großen Wert der Leukozyten für die Beurteilung der Gonorrhoeheilung hervorheben, ist seither immer größer geworden. Auch schon das fortwährende Suchen nach stichhaltigen Kriterien in den zweifelhaften Fällen — Arthigon und lokale Reizmethoden — beweist, wie unsicher das bloße Nichtfinden von Gonokokken ist. Von Autoren, die sich in meinem Sinne geäußert haben und deren Ansichten ich auch schon in meinen früheren Arbeiten erwähnt habe, erwähne ich kurz Finger, der in seinem vorher erwähnten Lehrbuche schreibt:

„Daß ich davor, die Frage nach dem Ehekonsens nur nach dem bakteriologischen Befunde zu beantworten, nur dringend warnen kann und, solange Eiterkörperchen, die beredten Zeugen noch bestehender Entzündungen, da sind, von der Erteilung des Ehekonsenses nur dringend abraten muß." Lesser[1]) sagt: „Wenn aber die Fäden einen eitrigen Charakter haben, wenn eine frische Ansteckung oder Exazerbation in jüngerer Zeit vorgekommen ist, so darf trotz des negativen Erfolges der Untersuchung auf Gonokokken der Konsens nicht erteilt werden."

Kornfeld[2]) schreibt: „Das Freisein der Untersuchungsobjekte von Gonokokken beweist also absolut nicht, daß keine mehr vorhanden sind, denn wir besitzen Erfahrungen in großer Zahl, daß dort, wo zahlreiche und sehr genaue Prüfungen auf Gonokokken negativ ausfielen, ganz plötzlich nach irgend einem Reiz oder spontan ein positiver Befund überraschte, wenn man ihn gewiß nicht erwartet hätte. Wir haben demnach unsere Forderungen bezüglich der Möglichkeit der Eheerlaubnis unbedingt zu erweitern und diese nicht auf das völlige Freisein der Sekrete von Gonokokken allein zu gründen; der bakteriologische Befund allein darf in dieser Frage nicht mehr maßgebend sein, das Vorhandensein von Eiterkörperchen, welche die Fortdauer des chronischen Entzündungsprozesses anzeigen, muß uns die allergrößte Vorsicht in der Erteilung des Ehekonsenses auferlegen, ja vor derselben dringend warnen."

Es besteht nun die Möglichkeit, daß in der Übergangszeit vom weichen zum harten Infiltrat und von diesem zur Striktur, die ich als einen Heilungsvorgang ansehe, die Gonokokken aus dem Infiltrat und damit auch aus den Filamenten verschwinden, sei es durch immunisatorische, sei es durch kurative Prozesse, und daß es in solchen Fällen eitrige Fäden geben kann, ohne daß noch in der Tiefe der Gonokokkus sitzt. Es ist allerdings für den Arzt sehr schwierig, ja praktisch fast unmöglich, selbst

[1]) Ehe und venerische Hautkrankheiten, B. kl. W., 1902, Nr. 23. — [2]) Gonorrhoe und Ehe, 1904, bei Franz Deutike, Wien und Leipzig.

Digitized by Google

mit Hilfe der Endoskopie, festzustellen, ob ein solcher Vorgang bei dem gerade zu beurteilenden Falle in Frage kommt. Es würden also aus unserer Betrachtung Fälle ausscheiden, bei denen eine ausgebildete Striktur vorhanden ist.

Es fragt sich nun, ob sich durch die Vakzineanwendung bei Gonorrhoe an der in meinen früheren Arbeiten niedergelegten Anschauungsweise etwas geändert hat und ob wir durch sie ein sicheres Kriterium für die Beurteilung der Gonorrhoeheilung gewonnen haben. Ich greife aus der großen Zahl der Veröffentlichungen über Vakzinebehandlung und Diagnose der Einfachheit halber nur wenige heraus.

C. Bruck und A. Sommer[1]) haben gefunden, daß bei intravenöser Anwendung von Arthigon 0,1 bei Männern und 0,05 bei Frauen und Kindern, „Männer mit noch bestehenden gonorrhoischen Prozessen entsprechend ihren Komplikationen reagieren, während Männer, die nie Gonorrhoe hatten, mit Temperatursteigerungen bis höchstens 1,5 antworteten. Bei vier Frauen und einem Kinde traten ebenfalls charakteristische Temperatursteigerungen auf."

Hauser[2]) kommt zu dem Schluß, daß das Verfahren brauchbar, jedoch unsicher sei; positive Herd- und Lokal- bei positiver Allgemeinreaktion sprächen für Gonorrhoe, doch beweise der negative Ausfall nicht, daß keine Gonorrhoe vorhanden sei. Wischer[3]) betont auf Grund der an der Bruhnsschen Abteilung in Charlottenburg angestellten Beobachtungen, daß Temperaturanstieg über 1,5 sowie die sogenannte Doppelzacke nach intravenöser Injektion auch bei nichtgonorrhoischen Patienten einwandfrei beobachtet werden konnten.

Rost[4]) glaubt dagegen, daß, wenn nach 1—2maliger intravenöser Injektion steigender Vakzinemengen kein oder nur geringes kokkenfreies Sekret ohne stärkere Herdreaktion auftreten, der Prozeß mit großer Wahrscheinlichkeit als erloschen gelten könne. Schlasberg[5]) faßt seine Ergebnisse dahin zusammen, daß er sagt: „1. Auf Grund des Auftretens oder Ausbleibens von Fieber und Allgemeinreaktion nach einer intravenösen Arthigoninjektion kann man nicht mit Sicherheit die Diagnose Gonorrhoe stellen oder ausschließen, obwohl eine Steigerung von 1,5 oder darüber mit Wahrscheinlichkeit dafür spricht, daß Gonorrhoe vorliegt. 2. Die intravenöse Arthigoninjektion ist ein sehr wertvolles Mittel, um zu entscheiden, ob bei einer gonorrhoischen Urethritis oder Cervicitis die Gonokokken definitiv verschwunden sind." Nach meiner Auffassung liegt in den beiden Sätzen ein Widerspruch; wenn man nach Satz 1 nach einer intravenösen Arthigoninjektion nicht mit Sicherheit die Diagnose Gonorrhoe stellen oder ausschließen kann, so kann die Arthigoninjektion auch nicht, wie Satz 2 will, ein sehr wertvolles Mittel sein, um zu entscheiden, ob die Gonokokken definitiv verschwunden sind.

Was schließlich meine eigenen Erfahrungen betrifft, so gehen diese kurz zusammengefaßt dahin, daß die intravenöse Arthigoninjektion gerade bei den hier zur Erörterung stehenden Fällen von unkomplizierter chronischer Urethritis keine Sicherheit bietet; gute und charakteristische Fieberreaktionen fand ich vorwiegend bei gonorrhoischer Arthritis und Epididymitis.

Ein Wort noch zur Feststellung der Heilung bei der weiblichen Gonorrhoe. Für sie gelten natürlich dieselben Grundsätze wie für die Gonorrhoe des Mannes; während nun eine Heilung der Urethra nach meinen Erfahrungen gewöhnlich zu erreichen ist und geringere Schwierig-

---

[1]) Über die diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen, M. m. W., 1913, Nr. 23, Referat in der Derm. Zschr., Bd. 21. — [2]) Die differentialdiagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvakzine in der Gynäkologie. Arch. f. Gynäkologie, Bd. 100, H. 2. Referat in der Derm. Zschr., Bd. 21. — [3]) Die intravenöse Arthigoninjektion. Derm. W., 1914, Nr. 3. Referat in der Derm. Zschr., Bd. 21. — [4]) Zur Vakzinebehandlung bei Gonorrhoe. Derm. Zschr., Bd. 22. — [5]) Über intravenöse Arthigoninjektion zu diagnostischem Zweck. Derm. Zschr., Bd. 23.

Digitized by Google

keiten macht als beim Manne, liegt die Sache bezüglich der Erkrankung der Zervix anders. Die Beurteilung des Zervixsekretes macht die größten Schwierigkeiten. Leukozyten finden sich insbesondere bei Frauen, die schon geboren haben, in reichlicher Zahl; sie können außer der Gonorrhoe auf Lageveränderungen und Katarrhe nicht spezifischer Art zurückzuführen sein, und der Sachverhalt wird dadurch wesentlich kompliziert. Eine therapeutische Beseitigung ist vielfach nicht möglich, und so bleibt in diesen Fällen, wenn es auch einer evtl. gynäkologischen Behandlung nicht gelingt, die Eiterung zu beseitigen, nichts anderes übrig, als die Patienten auf die Möglichkeit einer Übertragung aufmerksam zu machen und ihnen zu sagen, daß man für eine sichere Heilung keine Gewähr übernehmen könne. Eine Täuschung über die Zahl der Ansteckungen in der Ehe bei postgonorrhoischen Urethritiden wird auch dadurch hervorgerufen, daß sehr viele Frauen von ihrer Gonorrhoe nichts merken und selbst nicht wissen, daß sie krank sind, wie dies die tägliche Sprechstundenbeobachtung lehrt. Frauen sehen nicht wie Männer den Eiter hervorquellen; etwas vermehrter Ausfluß wird nicht beachtet oder als „Weißfluß" aufgefaßt, die Urethritis macht gar keine oder nur geringe Beschwerden und so können lange Zeiten vergehen, bis evtl. eine Endometritis oder ein Übergreifen auf Tuben und Ovarien die Krankheit bemerkbar macht. Dazu kommt, daß dann der Dermatologe meist die Erkrankung nicht zu Gesicht bekommt, sondern der Frauenarzt; die Frau führt die Affektion nicht auf eine frühere Gonorrhoe zurück und wird gewiß auch oft genug vom behandelnden Arzt nicht auf diese Ursache hingewiesen aus begreiflicher Rücksicht auf das eheliche Glück.

Aus der kurzen Zusammenstellung ergibt sich, daß wir in der Vakzineinjektion das gesuchte Mittel zur Sicherstellung der Diagnose nicht gefunden haben. Man mag die Einspritzung mit verwerten in der Reihe der sonstigen zur Diagnosenstellung gebrauchten Methoden, eine endgültige Lösung des Problems gibt sie nicht. Ich komme also zu dem Schluß, daß das Vorhandensein von Gonokokken in allen unkomplizierten Fällen, in denen sich Leukozyten in beträchtlicher Zahl vorfinden, als wahrscheinlich anzunehmen ist. Dagegen möchte ich als günstig, wie ich dies früher schon ausgeführt habe, das Konstantbleiben des mikroskopischen Befundes hervorheben, sowie den von Lesser betonten Umstand, daß die letzte Infektion oder Exazerbation jahrelang zurückliegen muß. Immer aber bleibt der Kernpunkt, daß auch in solchen Fällen in dem Sekrete und den Fäden nur eine geringe Zahl von Eiterkörperchen enthalten sein darf. Sind alle in Betracht kommenden Untersuchungen, unter denen die geringe Zahl etwa vorhandener Leukozyten die größte Bedeutung beanspruchen muß, sorgfältig ausgeführt und günstig ausgefallen, so kann man dem Patienten sagen, daß die Feststellung der Heilung zwar nicht mit mathematischer Sicherheit möglich, daß er aber nach menschlichem Ermessen geheilt und eine Übertragung seiner Krankheit höchst unwahrscheinlich sei.

Diese Ausführungen, die sich auf die Erfahrung einer mehr als dreißigjährigen fachärztlichen Tätigkeit gründen, zeigen dem denkenden Arzte, daß unsere therapeutischen Maßnahmen bei der Gonorrhoe auch heute noch, 40 Jahre nach der Entdeckung des Gonokokkus, unzureichend sind.

Digitized by Google

Gegensätze, wie adstringierende und antiseptische Therapie, sind doch nur Schlagworte, mit denen wir nicht zum Endziele der sicheren Gonorrhoeheilung gekommen sind. Eine Wandlung wird aller Voraussicht nach erst eintreten, wenn es gelingt, vom Blutwege aus mit chemo- oder serotherapeutischen Maßnahmen den Gonokokkus zu treffen. Es wäre dringend zu wünschen, daß die Ärzte sich der Bedeutung dieser wichtigen Fragestellung bewußt werden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Umschriebene gangränöse Vakzinia, von A. J. Chalmers und R. G. Archibald. (J. trop. med. and hyg., 1. Okt. 1917, Bd. 20, Nr. 19.) Eine Europäerin wurde in Khartoum unter Beobachtung genauester Vorsichtsmaßregeln an der Wade mit 4—5 Strichen auf einem Gebiet von etwa 2,5 cm Durchmesser geimpft. Bläschen hatten sich am 4. Tage entwickelt, und am 6. war das Impfgebiet von einer gelben Kruste besetzt, welche noch von einem roten Hof mit Bläschen umgeben war. Am folgenden Tage war dieses Gebiet mit einem Durchmesser von 5 cm schwarz verfärbt. Am 9. Tage war es gangränös geworden, und der ganze Unterschenkel war von einer entzündlichen Rötung eingenommen. Am 13. Tage erkrankte Pat. mit gichtischen Erscheinungen an der linken Hüfte, linkem Arm, Handgelenk, Kiefer, am Rücken und an den Rippen. (Die genauere Darlegung dieser gichtischen Symptome fehlt. Ref.) Zur Behandlung der Gangrän erwies sich Hochlagerung und Umschläge mit Galmeilösung (Zinkkarbonat) als das vorteilhafteste. Verff. führen den ungünstigen Verlauf der Impfung auf das Bestehen einer latenten Gicht zurück, Pat. war zuletzt 15 Jahre zuvor ohne Erfolg geimpft worden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Varizella und Herpes, von G. Gunn-Neston. (Brit. m. J., 23. Nov. 1918, Nr. 3021.) In einem Kinderhospital entwickelte auf einer abgeschlossenen Abteilung ein Kind einen gut ausgesprochenen Herpes zoster. Etwa 14 Tage später erkrankten nacheinander fünf andere Kinder an Varizellen. Wegen der herrschenden Influenza waren Besuche von auswärts in der ganzen Zeit nicht zugelassen worden. Die einzige Aufnahme in der fraglichen Periode war ein Kind, das drei Monate zuvor Varizellen durchgemacht hatte.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Jodtinktur bei Varizellen, von C. Corben. (Brit. m. J., 2. Aug. 1919, Nr. 3057.) Verf. läßt bei Varizellen alle Bläschen zweimal oder wenigstens einmal täglich mit Jodtinktur betupfen und findet, daß dadurch der Juckreiz erheblich vermindert wird, und namentlich, daß die Entwicklung von Narben verhütet wird.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Differentialdiagnose bei Scharlach, Masern und Rubeola, von J. I. Warrack. (Brit. m. J., 2. Nov. 1918, Nr. 3018.) Bringt eine übersichtliche Zusammenstellung der Unterscheidungsmerkmale in bezug auf Art des Beginnes, Lokalisierung und Art des Ausschlags, die Drüsenschwellungen usw. Auch die verschiedenen Erscheinungen bei sogenanntem chirurgischem Scharlach werden besprochen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fleckfieberfall mit Typhusbazillen im Blut, von E. Pütter und van der Reis-Greifswald. (Zbl. f. Bakt., Bd. 83, H. 6.) Die serologische Blutuntersuchung ergab einen positiven Widal von 1 : 160, einen positiven Weil-Felix von 1 : 640. Außerdem gelang die Züchtung von Typhusbazillen aus dem Blut. Die Identifizierung wurde durch kulturelle und agglutinatorische Methoden sichergestellt. Der Verlauf der Krankheit war ein außerordentlich schwerer. Pat. kam am 11. Krankheitstage ad exitum. Die Sektion ergab aber keinerlei positiven Befund für Typhus abdominalis; insbesondere war der ganze Darmkanal vollkommen intakt.

O. Gans-Heidelberg.

Über histologisch-bakteriologische Befunde beim Fleckfieber. Kurze Mitteilung von Kuczynski. (Zbl. f. Pathol., Bd. 29, H. 10.) Die Leber von am Fleckfieber Verstorbenen zeigte in stärkstem Ausmaße Wucherungsvorgänge am Endothelrohr der Leberkapillaren. Es ließ sich ein ganz intensiver Zerfall und Phagozytose von roten und

Digitized by Google

weißen Blutkörperchen in wandständigen und losgelösten Makrophagen feststellen. Gleichzeitig gelangten zweierlei verschiedene Mikroorganismen in diesen Zellen zur Beobachtung. Zum ersten handelte es sich um sehr große, stäbchenförmige, bald aufgequollene, bald grobklumpige Bakterien, die außerordentlich den Erscheinungsformen des Bacterium Proteus gleichen. Diese Gebilde sind phagozytierte Proteusbakterien. Innerhalb einer Anzahl von meist losgelösten Endothelzellen durch die Intensität ihrer Färbung auffallende Häufchen kleinster Kügelchen, die ganz den von Rocha-Lima in der Läusedarmzelle abgebildeten Rickettsien entsprechen. Wir haben es also hier mit histologisch nachweisbaren, für Fleckfieber charakteristischen Parasitenhäufungen zu tun.

O. Gans-Heidelberg.

Über Impferkrankung des Auges, von Hans Traumann. (Diss., Heidelberg 1917.) 2 Fälle. Ein $2^1/_2$ Jahre alter Junge, der schon lange an Ekzem des Kopfes gelitten, deshalb von der Impfung zurückgestellt war, kurz vor der Impfung — bis auf eine kleine Stelle des behaarten Kopfes —, zumal im Gesicht, frei von Ekzem war. Am 3. oder 4. Tag nach der erfolgreichen Impfung zeigten sich Anzeichen einer sekundären Impferkrankung an den Geschlechtsteilen, an den Händen und im Gesicht. Nachdem im Gesicht am 7. Tage wohlausgebildete Pusteln beobachtet wurden, traten am 8. Tage post vaccinationem an den beiden Augenlidern, an dem rechten Nasenflügel und an der Stirnmitte neue Pusteln auf. Der 2. Fall betrifft ein 4 Jahre altes Mädchen. Dieselbe litt gleichfalls früher an Ekzem des Kopfes, des Gesichtes und der Hände und war deshalb von den Impfungen zurückgestellt. Kurz vor der Impfung war das Kind frei von Ekzem. Am 9. Tage nach der erfolgreichen Impfung fanden sich mehrere Impfpusteln auf dem Ober- und Unterlid beider Augen, später fand sich auch Ohrekzem. In beiden Fällen heilte die Erkrankung unter Anwendung indifferenter Mittel ab, ohne ernste Folgen zu hinterlassen. Verf. weist auf die durch die Anregung Blochmanns erfolgte Änderung des Impfgesetzes hin, die im März 1917 gesetzliche Kraft bekam. Das jetzige Reichsimpfgesetz weist darauf hin, daß die Gefahr der Impfung durch Zurückstellung kranker Kinder vor der Impfung sowie durch sorgfältige Pflege der Impflinge auf einen so geringen Umfang beschränkt werden kann, daß der Nutzen der Impfung den gelegentlichen Schaden unendlich überwiegt. Für den Impfarzt schreibt es vor, daß die Impflinge, die mit nässendem oder juckendem Ekzem oder mit Ohrenfluß behaftet sind, von der Impfung zurückzustellen sind. Auch hat eine genaue Nachforschung zu erfolgen, ob in der Familie des Impfpflichtigen Erkrankungen an nässenden Hautausschlägen vorhanden sind. In diesem Falle kann die Impfung erfolgen, sofern eine wirksame Absonderung des Impflings oder der an dem Ausschlag leidenden Person gewährleistet ist. Für die Privatbehandlung gelten die gleichen Vorschriften. Für die Angehörigen der Erstimpflinge gelten sinngemäße Anweisungen.

F. Weiler-Leipzig.

Zur Klinik des Fleckfiebers, von Richard Chiari. (W. kl. W., 1919, Nr. 18.) Nachdem die Eigenheiten des Fiebers besprochen, kommen Beobachtungen über das Exanthem, eine Erklärung der variabeln Bilder und des Verhaltens bei Kindern und anschließend Mitteilungen von Fällen. Darauf folgt eine Besprechung der Herz- und Gefäßveränderungen, der Lungenveränderungen, der Symptome des Zentralnervensystems und schließlich der komplizierenden Eiterungen. Als unmittelbare Todesursache wurde gefunden: 1. eine Erlahmung der Herztätigkeit bei konstitutionell minderwertigen Herzen, bei konditionell geschädigten und bei solchen, die durch die Kombination beider Momente beeinflußt waren, 2. zerebrale Störungen und 3. Komplikationen von seiten der Lunge, durch septische Prozesse und infolge von Nephritis.

H. Vörner-Leipzig.

Experimentelle und klinische Beiträge zum Fleckfieber, von O. Löwy-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 18.) Die Übertragung von Fleckfiebervirus von einem Meerschweinchen zum andern gelingt in etwa 90%. Nach überstandenem Fleckfieber besitzen manche Tiere Schutzstoffe, die andere Tiere bei gleichzeitiger Virusimpfung vor Erkrankung schützen. Die Schutzstoffe scheinen nicht regelmäßig vorhanden zu sein. Die Versuche mit dem Harne von Fleckfieberkranken ergaben, daß derselbe nicht infektiös zu sein scheint. Versuche mit dem Plotzschen Stamme zeigten, daß dieser Keim nicht der Erreger des Fleckfiebers sein kann. Untersuchungen über die von Weil und Felix beschriebenen Proteusstämme X 19 hatten das Ergebnis, daß Tiere, die mit ihnen immunisiert wurden, nicht fleckfieberimmun sind, andererseits daß fleckfieberimmune Tiere nicht auch gegen X 19-Infektion geschützt sind. Aus einer Beobachtung von 15 Fecktyphusfällen ergab sich, daß die Weilsche Reaktion erst spät in

Digitized by Google

der Rekonvaleszenz einsetzt, die Weltmannsche Reaktion für die Diagnose mit zu verwerten ist, während die Wienersche Farbenreaktion im Harne nicht brauchbar ist.

H. Vörner-Leipzig.

Über scharlachartige Exantheme bei Grippe und über Grippe-Krupp, von Elemér Hainiss-Poszony. (W. kl. W., 1919, Nr. 8.) Das Grippeexanthem kann schon in den ersten Tagen der Krankheit auftreten; oft verschwindet es rasch, kehrt aber bald wieder zurück, ist hauptsächlich an Brust und Rumpf sichtbar in Form blaßrosafarbener, manchmal dunklerer, nicht ganz klein punktierter, konfluenter Effloreszenzen, in typischen Fällen in Inseln, bei ausgebreiteten Exanthemen auch an den Extremitäten. Gleichzeitig ist an den Wangen eine scharf konturierte Rötung sichtbar, ähnlich wie bei Phthisikern. Das gleiche Erythem kommt inselartig hinter den Ohren und im Gebiete des oberen Drittels der Kopfnicker vor. Papulöse Effloreszenzen sind seltener. Eine bestimmte Ausbreitungstendenz fehlt, ein plötzlich aufgetretenes Exanthem bleibt an seiner Stelle. Häufig sind die charakteristischen Züge verwischt und erschweren die Unterscheidung gegenüber dem Scharlach. In zweifelhaften Fällen ist die Blutdruckbestimmung (bei der Grippe erhöhter, beim Scharlach unbeeinflußter Blutdruck) und die Scharlachreaktion von Schultz und Charlton maßgeblich, Auftreten eines anämischen Ringes bei subkutaner Injektion von Normal- oder Scharlachserum.

H. Vörner-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über Infektion und Immunität bei Fleckfieber, von R. Doerr und A. Schnabel-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 20.) Trotz vielfacher Variation der Versuchsbedingungen gelang es nicht, Meerschweinchen durch subkutane Injektionen mit verschiedenen Impfstoffen gegen eine massive Dosis Fleckfiebervirus (Gehirnemülsion von Passagemeerschweinchen) sicher zu schützen. Die Impfstoffe wurden teils aus verschiedenen virulenten Organen von fleckfieberinfizierten Meerschweinchen, teils aus infizierten Kleiderläusen dargestellt, indem die in solchem Material enthaltenen Fleckfiebererreger durch Zusatz von 0,1—0,5% Phenol, durch rasches Trocknen oder durch längeres Stehenlassen abgetötet wurden.

H. Vörner-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über Infektion und Immunität bei Fleckfieber, von R. Doerr und A. Schnabel-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 36.) Die mitgeteilten Versuche ergeben, daß anscheinend keine Möglichkeit vorliegt, durch die Immunisierung mit abgetöteten Fleckfiebererregern eine Widerstandsfähigkeit gegen eine Infektion dieser Art zu erzeugen, welche der durch Überstehung der Krankheit erworbenen gleichkommt. Das Zustandekommen einer langdauernden und soliden aktiven Immunität scheint der spezifische Infektionsprozeß bzw. der durch die Vermehrung und Ansiedlung der Erreger im empfänglichen Organismus bewirkte Vorgang selbst zu sein. Die Entstehung von viruliziden Antikörpern im Blute spielt eine scheinbar untergeordnete Rolle, da dieselben sehr bald aus der Zirkulation verschwinden. Vielleicht wird es gelingen, durch Erzeugung rudimentärer oder latenter Infektionen dieses Ziel zu erreichen.

H. Vörner-Leipzig.

Experimentelle und klinische Beiträge zum Fleckfieber. Bemerkungen zur Arbeit von O. Löwy in Nr. 18 der W. kl. W., von E. Weil-Prag. Die Fälle von Löwy weisen Abweichungen auf bezüglich 1. der Fieberdauer. 2. der Histologie, 3. der Agglutination. Wenn es sich überhaupt hierbei um Fleckfieber handelt, so sind die Resultate die Folge technischer Entgleisungen. Auch die Bezeichnung der Beobachtungen als Epidemie wird beanstandet.

Zu Weils Bemerkungen zu meiner in der W. kl. W., Nr. 18 erschienenen Arbeit: Experimentelle und klinische Beiträge zum Fleckfieber, von O. Löwy. (W. kl. W., 1919, Nr. 31.) Der Verf. weist die von Weil erhobenen Vorwürfe zurück.

H. Vörner-Leipzig.

Über Neuritis optica als Spätsymptom bei Fleckfieber, von V. Arnold-Lemberg. (W. kl. W., 1919, Nr. 36.) Unter 244 klinisch sicheren Fleckfieberfällen wurde in 144 eine Neuritis optica vorgefunden. Das Bild, welches sie bietet, weist die gewöhnlichen Erscheinungen auf. Gewöhnlich doppelseitig, tritt sie manchmal auch einseitig oder partiell auf. Sie ist bei Fleckfieber nicht weniger häufig, wenn nicht häufiger als bei Meningitis, da bei beiden Affektionen die Gehirnhäute und damit auch die Eintrittsstelle des Sehnerven alterieren. Sie ist ein Spätsymptom der Erkrankung und erreicht gewöhnlich erst um die Zeit der lytischen Entfieberung ihren stärksten Entwicklungsgrad. Sie ermöglicht daher oft die Erkennung derselben sogar noch während der Rekonvaleszenz.

H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Serologische und bakterielle Befunde bei Fleckfieberkranken, von C. Sternberg-Brünn. (W. kl. W., 1919, Nr. 38.) Nach den Befunden des Verf. vermag Fleckfieberserum die Agglutination verschiedener Bakterien herbeizuführen. Diese Möglichkeit läßt sich weder durch die Annahme einer polyagglutinatorischen Eigenschaft, noch durch Paraggluti nation erklären. Zweifellos handelt es sich oft um eine durch das Fleckfieber unspezifisch hervorgerufene Steigerung oder Wiedererweckung ursprünglich spezifisch entstandener Agglutinine (Nebenagglutinine). Diese Erklärung dürfte auch manche Fälle erklären, in welchen bei Fleckfieberseren die Gruber-Widalsche Reaktion gegen Typhus oder Paratyphus positiv ausfällt. Indessen findet sich das gleiche Verhalten des Fleckfieberserums auch bei solchen Kranken, welche weder schutzgeimpft waren, noch früher einen Typhus durchgemacht hatten. Hier handelt es sich offenbar um die gleiche Erscheinung, die auch bei anderen Infektionen, z. B. Puerperalprozessen, namentlich aber Ikterus aus verschiedenen Ursachen bekannt ist, und welche durch Mitagglutination erklärt wird. H. Vörner-Leipzig.

Ein Beitrag zur intrauterinen Vakzination, von A. H. Wickensack. (Diss., Göttingen 1918.) Von 50 mit Erfolg geimpften Schwangeren zeigte sich weder in der Schwangerschaft, noch während der Geburt, noch im Verlauf des Wochenbettes eine nachteilige Wirkung. Die Impfung der Neugeborenen wurde auf dem linken Oberarm vorgenommen, und zwar mit vier Schnitten. 13 Neugeborene wurden am Tage der Geburt, 15 am Tage nach der Geburt, 8 am zweiten Tage, 9 am dritten Tage, 4 am vierten Tage und 1 am sechsten Tage nach der Geburt geimpft. Bei 37 Fällen konnte ein Erfolg nach der ersten Impfung beobachtet werden, und zwar kamen bei 26 eine Pustel zur Entwicklung, bei 8 Kindern zwei und bei 3 Kindern drei Pusteln. Bei den 13 Kindern, die erfolglos geimpft waren, wurde eine zweite Impfung vorgenommen; bei 9 Kindern entwickelten sich Pusteln, und zwar bei 5 Kindern eine und bei 4 Kindern zwei. 2 Kinder zeigten erst nach der dritten Impfung ein positives Resultat in Gestalt von je zwei Pusteln. 2 Kinder, bei denen zwei Impfungen negativ gewesen waren, konnten nicht einer weiteren Impfung unterzogen werden, da sie aus der Anstalt ausschieden. Allen 50 Neugeborenen entstanden durch die Impfung keinerlei Schädigungen. Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluß, daß die Annahme Bollingers, „daß der Fötus einer erfolgreich vakzinierten Gravida in der Regel die Impfung mitmacht", nicht zu Recht besteht. F. Weiler-Leipzig.

Untersuchungen über die Hämatologie der Variola und der Vakzine, von Max Schatzmann. (Diss., Bern 1914.) Untersuchungen an 7 Fällen, wovon 2 schwere, mit konfluierenden Exanthemen zum Exitus kamen, und an 10 Geimpften. Schlußfolgerungen: Schon im Inkubationsstadium der Variola besteht eine jedenfalls polynukleäre Leukozytose. Während im Beginn des Eruptionsstadiums die Zahl der Gesamtleukozyten nicht vermehrt oder sogar unternormal ist, findet man vom vesikulösen Stadium an eine mehr oder weniger hochgradige Gesamtleukozytose. Es beruht diese vorwiegend auf einer Vermehrung der Lymphozyten. Noch nach Wochen besteht eine relative Vermehrung der Lymphozyten fort. Ein ausgesprochenes Vorwiegen der polynukleären Leukozyten weist im allgemeinen auf eine Komplikation hin. In der Rekonvaleszenz sieht man zuweilen die eosinophilen Zellen sich vermehren. In schweren Fällen treten Türksche Reizungsformen, Myelozyten und kernhaltige rote Blutkörperchen auf. Als prognostisch ungünstiges Zeichen darf das Vorkommen einer bedeutenden Zahl von Myelozyten und kernhaltigen roten Blutkörperchen, namentlich bei geringer Gesamtleukozytose, angesehen werden. Zur retrospektiven Diagnose kann bei der sehr lange andauernden Vermehrung der Lymphozyten die morphologische Blutuntersuchung in schwer diagnoszierbaren Fällen, ähnlich wie z. B. bei Typhusepidemien, sicher von Wert sein. — Bei Vakzine findet sich im allgemeinen mäßige Vermehrung der Gesamtleukozyten während der ersten Tage nach der Impfung. Zur Zeit, wo die lokalen und allgemeinen Symptome ihren Höhepunkt erreicht haben (7.—10. Tag), fällt die Gesamtleukozytenzahl ab, zuweilen bis auf unternormale Werte. Nach dieser Zeit kommt es zu einer nochmaligen Erhebung der Gesamtleukozytenzahl. Die erste Leukozytose ist eine polynukleäre, während die zweite Vermehrung der Gesamtzahl auf einer Vermehrung der Lymphozyten beruht. Auch bei Vakzinierten kommen bei früheren oder späteren Untersuchungen am häufigsten in der zweiten Woche Türksche Reizungsformen und Myelozyten vor, aber nur vorübergehend und in geringer Zahl. Mit dem Ablauf der Blutreaktionserscheinungen kommt es zuweilen zu einer leichten Vermehrung der Eosinophilen. F. Weiler-Leipzig.

Digitized by Google

Über einen Fall von allgemeinen Kuhpocken (Vaccina generalisata) mit tödlichem Ausgange, von ANDERS. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., Bd. 28, H. 1.) Bei einem in außerordentlich schlechtem Ernährungszustand befindlichen Manne mit völlig intakter Körperhaut, der im November 1917 gegen Pocken geimpft worden ist, wird am 14. April 1918 die Revakzination vollzogen. Alle Impfpusteln gehen sehr stark an; Patient meldet sich krank, so daß er drei Tage nach der Impfung in ein Lazarett aufgenommen wurde. Hier wurden die Erscheinungen einer fieberhaften Erkrankung (Bronchitis) festgestellt. Am fünften bis sechsten Tage entstehen auf der Körperhaut typische Impfbläschen, die sich ebenfalls auf der Mundschleimhaut zeigen, so daß Patient mit der Diagnose „Varioloisverdacht" einer Seuchenstation überwiesen wurde. Die Eruptionen breiten sich immer weiter auf der ganzen Körperhaut aus. Patient ist zeitweise benommen, verweigert jede Nahrung und stirbt am elften Tage nach der Impfung. Bei der Sektion wird festgestellt, daß die Impfbläschen sich nicht nur auf der Körperhaut und Schleimhaut des Mundes, sondern auch auf der Trachealschleimhaut finden, wo sie sich zu geschwürigen Defekten umgewandelt haben. Im übrigen finden sich die Befunde, wie sie bei jeder Sepsis vorkommen: bronchopneumonische Herde in beiden Lungen mit septischen Infarkten, darüber Pleuranekrosen außer frischer fibrinöseitriger Pleuritis. Infarktbildung im Myokard mit Durchbruch in den rechten Vorhof, Verfettung der Leber. Parenchymatöse Degeneration beider Nieren, verbunden mit multiplen Abszessen. Beiderseitige Orchitis, Ödem des Gehirns, Hyperämie und Ödem der weichen Hirnhaut. O. Gans-Heidelberg.

Zur Ätiologie des Fleckfiebers, von C. J. C. VAN HOOGENHUIJZE-Amsterdam. (Zentralbl. f. Bakt., Bd. 82, H. 3/4.) Aus dem Blute wurden Kulturen von Bazillen gezüchtet, welche man ihrer Form und Lage nach als Diplobazillen bezeichnen kann. Die Kolonien auf Agar sehen bei auffallendem Licht weiß aus, bei durchfallendem bläulichdurchscheinend; sie sind lose auf der Agaroberfläche gelagert und können mit der Nadel leicht ganz verschoben werden. Die Bazillen sind unbeweglich, können mit allen Farbstoffen gefärbt werden und sehen, je nach dem gebrauchten Farbstoff, verschieden aus (feiner, plumper, mit Körnern, Hantel- oder Biskuitform); sie färben sich nach GRAM (in den älteren Kulturen wurden wohl auch gram-negative Bazillen gefunden), sind nicht säurefest und bilden keine Sporen. Bei Zimmertemperatur wachsen sie nicht, bei 22° C sehr langsam, am besten aber bei 37° C. Gelatine wird nicht verflüssigt; auf LÖFFLER-Serum spärliches Wachstum, Milch koaguliert nicht. Die Bazillen bilden weder Säure noch Indol; Gasbildung findet nicht statt in Saccharose-, Laktose-, Mannit-, Glykose-, Maltose- und Raffinose-Bouillon. Nach wiederholter Überimpfung ändern sich die Eigenschaften. Die Bazillen sind pathogen für Caviae (d. h. sie verursachen Temperaturerhöhung); sie konnten aus dem Blute dieser Tiere wieder kultiviert werden und rufen Immunität hervor. Das Serum des genannten und eines anderen Patienten, welcher Rekonvaleszent war, agglutinierte die Bazillen in einer Verdünnung von 1 : 100, das von einem Patienten mit einer anderen Krankheit und zweier gesunder Personen nur in einer Verdünnung von 1 : 25. Im Magendarmkanal der Kleiderläuse des Patienten wurden Organismen gefunden, welche wahrscheinlich mit den oben genannten Bazillen und der Rickettsia Prowazeki von DA ROCHA-LIMA identisch sind. Wegen Materialmangels konnten keine Züchtungs- oder Tierversuche angestellt werden. Die Färbung nach GRAM war hier negativ. In Ausstrichpräparaten von dem Blute des Patienten wurde mit großer Mühe ein einziger Bazillus gefunden; in einzelnen Leukozyten fand Verf. außerhalb der Kerne Formen, welche ganz an die früher genannten Organismen erinnern (auch an die in den Läusen). O. Gans-Heidelberg.

Die Fleckfieber-Proteus-Bazillen (WEIL und FELIX). Ihr Verhältnis zueinander und zu Nicht-Fleckfieber-Proteus-Stämmen, von H. BRAUN und R. SALOMON-Frankfurt a. M. (Zentralbl. f. Bakt., Bd. 82, H. 3/4.) Zu kurzem Referat nicht geeignet. O. Gans-Heidelberg.

Zur Theorie der Serologie des Fleckfieberblutes und zur Frage der Spezifizität und ätiologischen Bedeutung der X-Stämme, von EMIL EPSTEIN-Wien. (Zentralbl. f. Bakt., Bd. 83, H. 3.) Die wesentliche Grundbedingung für das Zustandekommen der Serumreaktionen bei Fleckfieber, der WELTMANNschen Trübungsreaktion, der WEIL-FELIXschen Agglutination, der Agglutination mit anderen, bei Fleckfieber gelegentlich gezüchteten Bakterien, der WR und der Komplementbindungsreaktion mit Bakterienaufschwemmungen, ist die physikalische Zustandsänderung des Fleckfieberserums, welche zu einer gesteigerten Ausflockbarkeit derselben führt. Keine der Reaktionen kann demnach im theoretischen Sinne als streng spezifisch angesehen werden. Bei der WELT-

Digitized by Google

MANNschen Trübungsreaktion tritt das physikalische Moment, die Ausflockung des Serums, welche das Wesen aller Serumreaktionen beim Fleckfieber ausmacht, am sinnfälligsten und direkt in Erscheinung, bei der Komplementbindungsreaktion und der WEIL-FELIXschen Agglutinationsprobe indirekt. Die X-Stämme stehen mit der Ätiologie des Fleckfiebers in keinem Zusammenhang. Ihre Agglutinabilität mit Fleckfieberserum beruht auf einer sekundär erworbenen Eigenschaft. O. Gans-Heidelberg.

Über den diagnostischen Wert des Blutbildes bei Pocken, von OTTO HALLENBERGER-Kiel. (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 86, H. 5 u. 6.) Das Pockenblutbild läßt in den ersten Krankheitstagen jede Regelmäßigkeit vermissen und besitzt kein sicheres, also diagnostisch verwertbares Charakteristikum. Dagegen dürfte der Grad der Verschiebung nach links im System der neutrophilen Granulozyten schon im Exanthemstadium einen ziemlich sicheren Rückschluß auf die Schwere des Krankheitsbildes zulassen und somit einen gewissen Wert für die Prognose haben. O. Gans-Heidelberg.

Weitere histologisch-bakteriologische Befunde beim Fleckfieber. Der Nachweis der Rickettsia Prowazeki im Gefäßknötchen beim Menschen, von MAX H. KUCZYNSKI-Berlin und RUDOLF JAFFÉ-Frankfurt a. M. (Zentralbl. f. allg. Path., Bd. 30, H. 9.) In der frischen Fleckfiebereffloreszenz des Menschen tritt in Einzahl ein morphologisch so scharf gekennzeichnetes Gebilde auf, daß an seiner Natur als organisiertes Lebewesen füglich nicht gezweifelt werden kann, ein Gebilde, das auf keine Weise von der in der Laus studierten Rickettsia Prowazeki ROCHA-LIMAS zu differenzieren ist. Dies wird von Leukozyten im Verlauf des lokalen Prozesses aufgenommen und vermutlich wenigstens in einer Reihe von Fällen auf diese Weise zum zweiten Male in Zirkulation gesetzt. O. Gans-Heidelberg.

Zur Fleckfieberschutzimpfung, von OTTO und ROTHACKER. (D. m. W., 1919, Nr. 3.) Eine große Anzahl Personen sind von den Verff. mit Kranken- bzw. Rekonvaleszentenblut-Impfstoff ohne jegliche Schädigung geimpft worden. Ein nachweisbarer Schutz gegenüber der Infektion ließ sich nicht feststellen, dagegen war bei den Geimpften die Sterblichkeit der Erkrankten wesentlich geringer als bei den Nichtgeimpften. E. Brinitzer-Altona.

Lepra.

Statistische Studie über Lepra auf den Philippinen. Nach den Krankengeschichten von 10000 in der Culion-Leprakolonie isolierten Fällen, von OSWALD E. DENNEY-Culion, P. I. (J. Am. m. Ass., 1917, Bd. 69, Nr. 26). Die Hälfte der Fälle wurde in der Jugend diagnostiziert. 29% der Leprösen gaben Berührung mit leprösen Verwandten an. 35% von denen, die Berührung mit nur einem leprösen Verwandten angaben, waren Schwestern und Brüder, 27% Vettern, 11% lepröse Kinder und 7% lepröse Eltern. Zahlreiche Berichte zeigen multiple Infektionen über eine, zwei oder drei Generationen einer Familie ausgebreitet. In 1% der Leprösen, die vor der Zulassung in Culion verheiratet waren, war Infektion zwischen Mann und Frau. Das männliche Geschlecht ist häufiger infiziert. Die Mortalität unter den von leprösen Eltern geborenen Kindern ist hoch. Das Vorkommen der Infektion bei 1—10 Jahre in der Kolonie lebenden Kindern beträgt 10,4%. Bei Kindern, die von Eltern geboren waren, deren einer lepröse war, und die 7—10 Jahre unter Leprösen lebten, fanden sich 44% Infektionen. E. Levin-Berlin.

Syphilis.

Allgemeines und Historisches.

Vitiligo und Syphilis. (Presse méd., 1918, Nr. 69.) In gemeinsamer Arbeit haben acht Militärärzte der englischen, französischen und belgischen Armee eine Serie von 50 Vitiligofällen bearbeitet und für die Mehrzahl derselben einen Zusammenhang mit Syphilis, teils akquiriert, teils hereditär übertragen, konstatiert. Von den Kranken (48 männlich und 2 weiblich) standen 20 jenseits des zwanzigsten Lebensjahres; von ihnen ergaben 9 zweifellose Lues mit positiver WR, während 3 weitere Fälle wenigstens sehr bedeutsame Symptome aufwiesen. Unter den anderen Patienten ließen einige auch Andeutungen von hereditärer Syphilis erkennen. Die 30 vor dem zwanzigsten Lebensjahre stehenden Patienten lieferten fünfmal sehr präzise Anhaltspunkte für hereditäre Infektion und zwölf wenigstens sehr schwerwiegende sonstige Momente. Verff. glauben, daß weitere Untersuchungen einen Zusammenhang der beiden Affektionen bestätigen werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Die frühzeitige Diagnose und Behandlung der Syphilis, von J. H. Sequeira-London. (Brit. m. J., 6. u. 13. Jan. 1917, Nr. 2923 u. 2924.) Enthält für den Fach-Arzt nichts Neues. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Intrauterine Syphilisinfektion; hypothetische Wirkung der Chorionfermente, von A. Routh-London. (Brit. m. J., 12. Jan. 1918, Nr. 2976.) Nach statistischen Erhebungen gehen in England und Wales jährlich etwa 27000 Kinder intrauterin oder bald nach der Geburt infolge von syphilitischer Infektion zugrunde. Bei der Untersuchung der hierbei sich abspielenden Prozesse drängen sich namentlich folgende Fragen auf: Woher kommt es, daß Frauen einen negativen Wassermann während der Gravidität und einige Zeit nachher aufweisen können, trotzdem sie abgestorbene oder syphilitisch infizierte Kinder hervorbringen? Was ist der Grund, daß manche syphilitische Kinder bei der Geburt und eine Zeit lang nachher negativ reagieren? Warum finden sich bei Aborten so selten Spirochäten, selbst wenn die Aborte mit Totgeburten, bei denen massenhaft Spirochäten gefunden werden, abwechseln? Eine Erklärung dieser paradoxen Erscheinungen findet R. in der Entwicklung von Fermenten im Chorion, wodurch eine Auflösung der Spirochäten zu Granula und ein Schutz der mütterlichen Gewebe herbeigeführt wird. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis und Schwangerschaftsunterbrechung, von Max Schwab-Nürnberg. (Zentralbl. f. d. ges. Med., 1919, Nr. 41.) Anschließend an die Darstellung Bettmanns, daß eine Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Syphilis aus ärztlichen Gründen nicht angezeigt ist, weil nicht von vornherein die Sicherheit besteht, daß die Frucht doch verloren ist, sondern die Schädigung der Früchte innerhalb weiter Grenzen durch eine rationelle Behandlung korrigiert werden kann, wirft Verf. die Frage auf, ob dieser Grundsatz wirklich keine Ausnahme zuläßt. Durch die Zunahme der Syphilis und die energische Behandlung auch während der Schwangerschaft auf der einen Seite, durch die dadurch lebend geborenen Früchte und den positiven Wassermann auf der andern Seite sollte zu einer neuen Erörterung der Frage Syphilis und Schwangerschaftsunterbrechung doch Veranlassung gegeben sein. O. Gans-Heidelberg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Der erste **Kongreß** der **Deutschen Dermatologischen Gesellschaft** nach dem Kriege wird Pfingsten 1921 in Hamburg abgehalten werden. Es ergeht an alle Mitglieder die Aufforderung, möglichst umgehend ihre genaue Adresse an das Bureau der Gesellschaft, Breslau, Maxstr. 1, einzusenden. Wer das bis zum 1. XI. nicht tut, wird die Drucksachen für den Kongreß nicht erhalten und in die neue Mitgliederliste nicht eingetragen werden. Wer vor dem Kongreß noch Mitglied der D. D. G. werden will, wird gebeten, sich an das oben genannte Bureau zu wenden.

Die Privatdozenten an der Universität Wien Dr. Gustav Scherber und Dr. Leopold Arzt erhielten den Titel eines außerordentlichen Professors.

Priv.-Doz. Dr. Hans Rubritius, Vorstand der urologischen Abteilung an der Allgemeinen Poliklinik in Wien, erhielt den Titel eines außerordentlichen Professors.

Dr. Albert John Chalmers, Direktor des Wellcome Tropical Research Laboratory in Khartum, ist gestorben. Er hat verschiedene in unserer Wochenschrift referierte bemerkenswerte Beiträge auf dermatologischem Gebiete geliefert und hat als einer der ersten auf das Vorkommen der Pellagra in England hingewiesen. R.

Berichtigung. In Nr. 28, S. 470, Zeile 16 und 17 von unten (Derm. Gesellsch. Hamburg-Altona) muß Diskussionsbemerkung Hahn als versehentlich hierher gestellt wegfallen; es soll heißen: „Unna sen. pflichtet Delbanco bei, der Plauts Ansicht zurückweist.“ R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.“) ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

28. August 1920 | Nr. 35 | Band 71

Über die Behandlung von Pyodermien und ähnlichen Affektionen mit „Staphar" (Maststaphylokokkeneinheitsvakzine nach Strubell).

Von

Prof. Dr. E. Galewsky in Dresden.

Im Jahre 1914 berichtete Strubell auf dem Kongreß für Innere Medizin zuerst über die Entdeckung der Partialantigene des Staphylokokkus durch ihn und seinen Mitarbeiter Böhme. Beide Forscher hatten, angeregt durch die Arbeiten von Deycke und Much und durch die Aufschließung des Streptothrix leproides (Deycke) und des Tuberkelbazillus (Deycke und Much) sich daran gemacht, die Partialantigene des Staphylokokkus zu isolieren. Es stellte sich dabei heraus, daß die Staphylokokken, ähnlich wie der Tuberkelbazillus, einen Eiweißkörper (Staphyloalbumin), einen Fettsäurelipoid- und einen Neutralfettbestandteil enthielten. Außerdem fand sich noch als weiterer Bestandteil Cholestearin.

Nachdem es den Forschern gelungen war, in weiteren Untersuchungen die Natur der Staphyloalbumine, der Lipoidkörper und ihrer Antikörper zu ergründen und nachdem sie die Frage der Auflösung der Staphylokokkenimmunität chemisch und biologisch studiert hatten, gingen sie daran, die gefundenen Körper auch quantitativ darzustellen. Aus diesen Arbeiten heraus gelangte Strubell zu der Überzeugung, daß für die Anwendung der Staphylokokkenvakzine als solche es nicht nötig sei, nach erfolgter chemischer Aufschließung der Staphylokokken die getrennten Partialantigene anzuwenden, sondern daß dazu der Aufschließungsrest in ziemlich hoher Konzentration verwendet werden sollte. Hierfür war nach Strubell auch die Erfahrung maßgebend, daß im Gegensatz zu den Lipoiden die Staphyloalbumine eine äußerst giftige und durchaus nicht ungefährliche Substanz darstellten. Strubell hat infolgedessen ein Mästungsverfahren in seinem Laboratorium ausgearbeitet, durch welches es ihm gelang, durch Verminderung der giftigen Eiweißkomponente eine Vakzine herzustellen, welche einen größeren Prozentgehalt der harmloseren Lipoide im Sinne der größeren Ungefährlichkeit enthält. Strubell nennt seine durch dieses Verfahren gewonnene Maststaphylokokkeneinheitsvakzine „Staphar". Sie ist von ihm seit mehreren Jahren nach seinen Angaben mit großem Erfolge angewendet worden. Außer ihm haben noch Flachs-Dresden und Böttcher-Halle in der Arbeit von Strubell („Staphar", Maststaphylokokkeneinheitsvakzine. D. m. W., 1919, 38) kurz berichtet, und ebenso hat Strubell meine damaligen Erfahrungen dort kurz erwähnt. Seit dieser Zeit hat noch Krebs-Leipzig (D. m. W., 1920,

Digitized by Google

18) über 28 Fälle berichtet, die er mit „Staphar" behandelt hat. KREBS-Leipzig kommt am Schlusse seiner Mitteilung zu der Überzeugung, daß „Staphar" eine hochwertige Staphylokokkenvakzine ist, deren therapeutischer Erfolg hervorragend ist, die besonders durch ihre schnelle und sichere Einwirkung auffällt, ohne nennenswerte Nebenerscheinungen oder schädliche Nachwirkungen aufzuweisen. Besonders ist ihm die günstige Einwirkung auf venerische Bubonen aufgefallen, von denen er 7 behandelt hat.

Ich selbst habe seit dem Jahre 1917 in ungefähr 350 Fällen teils im Reservelazarett I Dresden während des Krieges, teils in meiner Privatpraxis mit „Staphar" Versuche gemacht. Ich habe deshalb so lange mit der Publikation gezögert, weil ich weiß, wie schwer die Beurteilung der Frage der Wirksamkeit der Vakzine ist, wenn man nicht absolut ohne jedes andere Unterstützungsmittel arbeitet, und ich mir darüber klar bin, welch wichtige Rolle die persönliche Hygiene bei der Verhütung und Behandlung der Staphylokokkenkrankheiten spielt. Ich komme deshalb erst heute zu der Veröffentlichung meiner Erfahrungen, nachdem ich über 3 Jahre mit dem Mittel arbeite und auch an einer verhältnismäßig großen Anzahl von Fällen, die nur mit Staphar behandelt wurden, die Überzeugung gewonnen habe, daß es sich um ein außerordentlich gutes, hochwertiges Mittel handelt.

Die Injektionen wurden möglichst in der Nähe der erkrankten Hautpartien gemacht, also entweder oben zwischen den Schulterblättern oder bei Furunkeln in der Nähe der Glutänen intraglutäal (intramuskulär). Ob die intrakutane oder die subkutane Methode den Vorzug besitzt, kann ich noch nicht entscheiden. Ich habe im Anfang allgemein mit 0,2 ccm begonnen und bin auf 0,4 ccm gestiegen; in der letzten Zeit habe ich stets mit 0,5 ccm angefangen und bin auf 10 ccm heraufgegangen. Die Injektionen wurden im allgemeinen sehr gut vertragen, namentlich wenn die Zwischenräume von 2 und 3 Tagen eingehalten wurden. Schwere Störungen wurden überhaupt nicht beobachtet, nur ab und zu klagten sehr empfindliche Patienten über leichte Herzbeschwerden, die schnell vorbeigingen. Behandelt wurden von mir in dieser Zeit insbesondere einzelne Furunkel, universelle Furunkulosen, Follikulitiden des Bartes und tiefe Trichophytien, 4 Fälle von Bubonen nach Ulcus molle, Drüsenanschwellungen nach Furunkeln und schwere impetiginöse ulzeröse Prozesse auf der Haut, die der allgemeinen Behandlung schwer zugänglich waren. Die meisten dieser Fälle wurden nebenbei lokal behandelt, auch wurde selbstverständlich auf Hygiene, Sauberkeit und Desinfektion der Haut der größte Wert gelegt. In einer großen Reihe von Fällen hatte ich jedoch Gelegenheit zu beobachten, wie günstig das „Staphar" ohne jede Nebenbehandlung wirkt, und ich möchte ganz kurz über einzelne dieser Fälle berichten.

In einem Falle eines pflaumengroßen Furunkels machte ich dem Patienten eine Injektion von 1,0 ccm Staphar in unmittelbarer Nähe des Furunkels, verordnete dem Patienten außerdem heiße Umschläge, Thymolalkoholäther und einen feuchten Verband. Der Patient stellte sich 3 Tage später wieder vor, nachdem er sein Rezept bei mir hatte liegenlassen und infolge einer dringenden Reise auch die feuchten Umschläge nicht hatte

Digitized by Google

machen können. Der Furunkel war eingesunken, in der Rückbildung begriffen und heilte nach der II. Injektion schnell ab.

Ein zweiter Patient, der bereits 60 größere und kleinere furunkulöse Prozesse im Gesichte und am Halse durchgemacht hatte, wurde von mir intensiv mit Staphar behandelt (obwohl nebenbei lokal mitbehandelt wurde). Er gab an, daß vom ersten Tage der Behandlung an eine ganz auffallende Rückbildung der Furunkel eingetreten sei, viel schneller, als er sie vorher bemerkt hatte.

Auch ein dritter Patient, der mich aufsuchte, nachdem er eine Reihe von Furunkeln bereits durchgemacht hatte, erhielt bei einem fast kleinapfelgroßen Furunkel 2 Stapharinjektionen; innerhalb 8 Tagen war der große Furunkel auf die Hälfte zurückgegangen — eine Inziosion war nicht nötig — die Affektion bildete sich unter feuchtem Umschlag und weiteren Injektionen weiter zurück.

Ähnliche Erfahrungen habe ich auch mit leichteren Oberlippenfurunkeln gemacht, die ebenfalls außerordentlich schnell unter Staphar abheilten. Auch einzelne Fälle von Follikulitis barbae und Trichophytie reagierten auffallend schnell, viel rascher als auf andere, vorher gebrauchte Staphylokokkenvakzinen. Es ist dies überhaupt ganz charakteristisch, daß eine ganze Reihe von Patienten, die bereits früher mit anderen Staphylokokkenvakzinen gespritzt worden waren und sich im Anfang etwas ablehnend gegen Stapharbehandlung verhielten, dann spontan erklärten, daß die Furunkel unter dieser Behandlung sich jetzt viel leichter zurückbildeten.

Auch die Fälle von schweren allgemeinen Ulzerationen wurden günstig beeinflußt, obwohl hier zweifellos die Allgemeinbehandlung und die Reinlichkeit die Hauptsache ist.

Ähnlich wie Krebs-Leipzig habe ich in 3 Fällen von Bubo nach Ulcus molle ein völliges Zurückgehen des Bubo nach Staphar-Injektion gesehen. In einem Falle kam es wohl noch zu einer Erweichung, aber die Drüsenschwellung war doch wesentlich zurückgegangen.

Ich habe den Eindruck, daß die Stapharinjektionen (die Zahl meiner Fälle ist selbstverständlich zu klein, um ein definitives Urteil zu fällen) genau wie Milchinjektionen und andere geeignet sind zur operationslosen Behandlung der Drüsenschwellungen, und daß es jedenfalls nötig ist, diese Methode noch weiterhin auszuprobieren.

Am wenigsten Erfolg hatte ich mit der Stapharbehandlung bei der Akne, und das ist kein Wunder, da die Akne mehr eine konstitutionelle Erkrankung ist. Hier sind eben noch andere interne und lokale Behandlungsmethoden nötig, aber als Unterstützungsmittel in einigen schweren resistenten Fällen hat mir Staphar doch Gutes geleistet.

Im Gegensatz zu Krebs habe ich bei den Fällen von reiner Trichophytie mit Staphar keine Erfolge erzielt, dagegen war die Wirkung auf die Fälle von tiefer Trichophytie bei einer Anzahl von ihnen nicht geringer als die Wirkung der Terpentininjektionen. Genau wie bei diesen gibt es auch beim Staphar refraktäre Formen, die auf Injektionen nicht reagieren. Die Hauptdomäne der Staphylokokkenvakzineinjektionen scheint mir nach allem, was ich bisher gesehen habe, der Furunkel und die Furunkulose des Körpers zu sein. Hier sind die Wirkungen oft so

Digitized by Google

eklatant, daß man in jedem Falle, namentlich in langdauernden Prozessen, versuchen muß, mit Staphylokokkenvakzine zu behandeln, und unter diesen Vakzinen scheint mir „Staphar" als hochwertige Staphylokokkenvakzine außerordentlich günstige Erfolge zu erzielen.

Fasse ich noch einmal meine Ergebnisse zusammen, so empfehle ich „Staphar" zur Anwendung in jedem Falle von Furunkeln, insbesondere aber in allen Fällen von chronischer, langdauernder Furunkulose. Seine Anwendung ist ferner anzuraten bei Bubonen nach Ulcus molle, in resistenten Fällen von tiefer eitriger Akne, von ulzerösen impetiginösen Prozessen und in schwer heilenden Fällen von tiefer Trichophytie und Folliculitis barbae.

Über spezifische Behandlung und Diagnose der Gonorrhoe[1]).

Leitsätze von

Carl Bruck in Altona a. E.

Die antiseptische Behandlung der Gonorrhoe bezweckt mit Hilfe elektiv auf den Gonokokkus wirkender Desinfizientien möglichst viele Erreger direkt abzutöten. Sie stößt jedoch auf Schwierigkeiten, sobald die Gonokokken tiefer in die Schleimhaut eingedrungen, Abkapslungen und Metastasen gebildet haben. Drei Gruppen von Substanzen kommen für die antiseptische Lokalbehandlung in Betracht: 1. die Silbereiweißverbindungen, von denen man infolge des Fehlens der Eiweißfällung ein tieferes Eindringen erhofft, 2. Silberfarbstoffverbindungen (Uranoblen, Argochrom), bei denen der Farbstoff als Leitschiene die Wirkung in die Tiefe vermitteln soll, und 3. Substanzen, die keine Silberverbindungen sind, denen aber eine ausgesprochene Wirkung auf den Gonokokkus zukommt (z. B. die gallensauren Salze und das Trypaflavin). Alle diese Substanzen haben eine mehr symptomatische Bedeutung; denn ein chemotherapeutisches Mittel, das uns befähigt, die Erreger vom Innern des Körpers aus anzugreifen, steht uns bislang nicht zur Verfügung. Intravenöse Kollargolbehandlung hat auf den Verlauf der Schleimhautgonorrhoe nach meinen Erfahrungen einen höchstens unterstützenden und sehr unzuverlässigen Effekt, intravenöse Trypaflavininjektionen zeigten mir gar keinen Einfluß auf die Gonokokken, wohl aber scheinen sie Mischinfektionen der Blase günstig zu beeinflussen.

Der Grund, weshalb unsere Kenntnisse über eine Chemotherapie der Gonorrhoe noch so bescheidene sind, liegt hauptsächlich darin, daß wir bisher noch kein Versuchstier besitzen, bei dem ein der menschlichen

---

[1]) An den Bruckschen Vortrag v. 2. XII. 1919 im Hamburger ärztl. Verein — die Leitsätze hat Bruck auf unsere Bitte noch einmal zusammengefaßt — schloß sich eine Aussprache bekannter Hamb. Ärzte an. Die Wiedergabe der Diskussion aus der Hamb. Wochenschrift f. Ärzte u. Krankenkassen, deren Abdruck Redaktion und Verlag freundlichst gestattet haben, dürfte die Leser unserer Zeitschrift interessieren. Delbanco.

Digitized by Google

Gonorrhoe analoger Krankheitsprozeß experimentell zu erzeugen wäre. Auch Übertragungsversuche, die ich während der Neisserschen Javaexpedition an zahlreichen anthropoiden und niederen Affen anstellte, hatten keinen positiven Erfolg.

Besser sind die Aussichten der Immunotherapie der Gonorrhoe. Von der passiven Immunisierung mit Antigonokokkenseren der verschiedensten Herkunft habe ich überzeugende Resultate nicht gesehen. Es ist auch möglich, daß für etwaige günstige Wirkungen die unspezifische Eiweißkomponente des Serums eine wesentliche Rolle spielt (s. Die Wirkung von Normalserum- und Milchinjektionen usw.)

Dagegen hat sich mir die aktive Immunisierung mit dem von mir angegebenen und in die Therapie eingeführten Arthigon sehr bewährt. Das Präparat besteht aus schonend abgetöteten Gonokokken von zahlreichen stets erneuerten Stämmen verschiedenster Herkunft und wird intramuskulär oder besser intravenös in steigernder Dosis unter möglichster Erzielung einer Temperaturreaktion injiziert. Je prompter die Reaktionen, desto besser pflegen die therapeutischen Resultate zu sein. Die therapeutische Wirkung beruht auf einer der Tuberkulinreaktion analogen Wirkung auf das erkrankte Gewebe, eine Auffassung, für die auch die zuweilen zu beobachtenden lokalen Herdreaktionen sprechen. Nach Schindler beruht die gute Wirkung des Vakzins auf abgekapselte Herde und die mäßige auf Schleimhautprozesse darauf, daß nur in ersteren Gonokokken reichlich zerfallen und eine Rezeptorenbildung anregen, während letztere auf der Schleimhaut ausbleibt, weil die Gonokokken zu rasch mit Eiter und Urin abtransportiert werden.

Was die praktischen Resultate nach meinen und den meisten der über 300 in der Literatur niedergelegten Erfahrungen anbelangt, so läßt sich zusammenfassend sagen, daß das Gonokokkenvakzin das Beste bei Arthritis und Epididymitis gon. leistet, daß zuweilen außerordentlich Gutes bei Prostata und Adnexprozessen zu sehen ist, daß die Erfolge und Mißerfolge bei cervix- und vulvovaginaler Gonorrhoe sich ungefähr die Wagschale halten und daß die Vakzintherapie bei Schleimhautgonorrhoe abgesehen von Fällen mit Infiltratbildungen meist ganz versagt.

Schädigungen durch Arthigonbehandlung habe ich nie gesehen und empfehle daher die Vakzinbehandlung als Unterstützung der lokalen Behandlung bei allen renitenten und komplizierten Gonorrhoefällen.

Die diagnostische Bedeutung des Gonokokkenvakzins gründet sich auf 4 Methoden: die Hautreaktion, die lokale Herdreaktion, die Ausschläge der Temperaturkurve im Anschluß an intravenöse Arthigoninjektionen und die provokatorische Wirkung dieser Injektionen.—Während den drei ersten Methoden bisher eine große praktische Bedeutung nicht zukommt und der positive Ausfall dieser Reaktionen nur als ein Glied in der Kette sonstiger Beweise für die gon. Ätiologie einer dunkeln Affektion verwertet werden kann, hat die Vakzinprovokation entschieden große Vorteile. Es gelingt auf diese Weise in den Sekreten noch Gonokokken nachzuweisen, in Fällen, bei denen die bisher üblichen Methoden versagen. Es ist daher diese spezifische Provoka-

Digitized by Google

tion besonders wichtig zur Aufdeckung latenter Gonorrhoen, zur Frage des Heiratskonsenses usw. Die spezifische Provokation braucht die übrigen bewährten Provokationsmethoden nicht überflüssig zu machen. Als praktisch am brauchbarsten hat sich mir eine Kombination der Kollmanndehnung mit der intravenösen Arthigoninjektion bewährt, die in jedem Falle vor Abgabe der definitiven Heilungserklärung eines Gonorrhoefalles ausgeführt werden sollte.

Delbanco: Wer jemals mit einer Gonokokkenvakzine gearbeitet hat, wird ohne weiteres zugeben, daß mit ihrer Einführung ein glücklicher und wertvoller Gedanke in die Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe gekommen ist. Wir selbst, meine Mitarbeiter und ich, würden nicht schon seit Jahren die Vakzinepräparate täglich gebrauchen, wenn wir nicht glaubten, wenigstens in einer Reihe von Fällen mit ihnen Ersprießliches zu leisten. Von den guten Erfolgen soll nur der beste herausgestrichen werden: Ein achtjähriges Kind kommt in die Behandlung des Kollegen Lackmann wegen multipler schwerer Gelenkentzündungen. Der Verdacht einer Gonorrhoe steigt sofort auf. Eine geringfügige Vulvovaginitis wird festgestellt. Wir werden zur genaueren Diagnose aufgefordert. An drei verschiedenen Tagen finden wir keine gramnegativen Diplokokken. Wir bitten das Hygienische Institut um das kulturelle Verfahren. Hier gelingt es Dr. Lorenz, Gonokokken zu züchten — mit Hilfe verfeinerter Methoden, in deren Ausarbeitung er begriffen ist und an welcher wir selbst aus bestimmten Gründen lebhaft interessiert sind. Auf Grund des Gonokokkennachweises entschließt sich mein Mitarbeiter Haas sofort zu intravenösen Artigoneinspritzungen und von einer lokalen Behandlung Abstand zu nehmen. Er fängt mit 0,1 an, steigt jeden Tag um einen Teilstrich, gibt insgesamt 10 Injektionen. Schon nach der vierten Einspritzung ist das Kind schmerzfrei, nach 10 Einspritzungen vollständig beweglich und beschwerdefrei. Eine neuerliche Untersuchung im Hygienischen Institut ergibt, daß das Sekret der Vulva und Vagina gonokokkenfrei geworden ist.

Damit die Kritik nicht zu kurz kommt und der Fall nicht überschätzt wird: Ein 23jähriger Herr kommt vor wenigen Wochen in meine Behandlung mit einer schweren Arthritis gonorrhoica der rechten Ellenbeuge, war vorher schon in anderer Behandlung. Ein Ausfluß besteht zur Zeit nicht. Die junge von ihm mitgebrachte Gattin zeigt aber die Symptome einer akuten heftigen Gonorrhoe der Urethra und der Cervix. Hier haben vier Einspritzungen des Fulmargins, des elektrisch zerstäubten kolloidalen Silbers, und innerlich Atophan völlige Heilung gebracht. Ich stehe nicht an, zu erklären, daß ich die spezifisch-therapeutische Wirksamkeit einer Gonokokkenvakzine erst dann zugebe, wenn es gelingt, durch sie den akuten Tripperkatarrh der Schleimhaut zu heilen. Bruck hat darauf hingewiesen, daß bei der akuten Schleimhautgonorrhoe die Vakzinepräparate versagen. Zur Erklärung dieser betrüblichen Tatsache hat er darauf hingewiesen, daß bei dem akuten Katarrh die Gonokokken in keinem so innigen Konnex mit dem Gewebe stehen wie bei den geschlossenen chronischen Prozessen (Arthritis, Prostatitis, Epididymitis usw.). Von anderer Seite wird zum Vergleich herangezogen, daß die Vakzinepräparate der Trichophytipilie bei der oberflächlichen Trichophytie wirksam sind, bei den tiefen knotigen Formen zweifellos Erfolg zeitigen. Ganz stimmt dieser Vergleich nicht. Bei der oberflächlichen Trichophytie im Bindegewebe nur eine geringe Hyperplasie, keine Plasmazellen, keine Eiterzellen. Bei der akuten Gonorrhoe hochgradig entzündliche Veränderungen in der Mukosa, aus der Tiefe fluten in mächtigen Zügen die Eiterzellen heran. Das Epithel ist von Eiterzellen durchsetzt und auseinandergeworfen. Bei dem Kinde scheint eigentümlicherweise die Vakzine auch bei der akuten Blennorrhoe zu helfen. Neben meinem eingangs erwähnten Falle steht die Beobachtung von Sommer aus der Bruckschen Abteilung von der Heilung einer akuten Blennorrhoe des Neugeborenen durch zwei intravenöse Artigoneinspritzungen. Auf der vorletzten Dermatologentagung zeigte ich in Eppendorf einen 9jährigen Jungen mit ausgebreiteter Trichophytie des Kopfes und des Gesichts, wo alle äußeren Methoden versagt hatten, eine einzige intrakutane Trichonimpfung aber zur völligen Heilung führte unter Auftreten eines Lichen trichophyticus des Stammes. Wenn nun schon keine Einwirkung der Vakzine auf den akuten Schleimhauttripper besteht, so könnte darum doch die Wirkung auf die geschlossenen Herde eine spezifische sein. Zur Beurteilung dieser hat Bruck selbst hingewiesen, daß das Atophan, die intravenösen Silberpräparate, das Terpentin, das Aolan, die Milchinjektionen auch Erfolge zeitigen. Die Einwirkung der Vakzine auf die

Digitized by Google

geschlossenen Herde tritt auch nur in einem Teil der Fälle ein. Haben wir in der Terpentineinspritzung das alte Haarseil in weniger gefährlicher Form vor uns? Bei dem Aolan und den Milchpräparaten konnte man daran denken, daß sie gemeinsam mit der Gonokokkenvakzine nur eine Proteinkörperwirkung bedeuten. Die Vakzinepräparate sind eben noch kein zuverlässiger Faktor in der Therapie der Gonorrhoe. Wären sie es, so wäre die weibliche Gonorrhoe nicht die Tragödie, die sie nun einmal ist. Ich bekenne mich zum ärztlichen Nihilisten quoad weibliche Gonorrhoe. Es gelingt uns nur schwer, aus der Urethra die Gonokokken zu entfernen, geschweige denn aus der Cervix. Kein Arzt hat es in der Hand, zu verhindern, daß die weibliche Gonorrhoe aszendiert. Vor dem Kriege wurde viel Gutes über eine französische Vakzine berichtet, das sog. Nicollesche Gonokokkenvakzin (Dmegen). In Deutschland haben Müller-Mainz und Bender-Wiesbaden[1]) ihre günstigen Erfahrungen veröffentlicht. Das Prinzip der Herstellung ist ein ganz anderes. Um die Gonokokken vor Autolyse zu bewahren und um sie möglichst wenig morphologisch zu schädigen, werden sie in Fluorkaliumlösung emulgiert. Die Giftwirkung wird gemildert, indem langsam den Nährböden Serum und Pepton entzogen wird. Die Hauptsache aber bleibt die Kombination mit einem Vakzin aus den mit den Gonokokken so oft vergesellschafteten grampositiven Diplokokken. Das Studium letzterer beschäftigt Dr. Lorens und mich zur Zeit.

Wie dem auch sei, der Ausbau der Vakzinetherapie ist zu erhoffen, und nicht nur die therapeutische Seite ist zu entwickeln, sondern auch die provozierende. Letztere erkennen wir grundsätzlich an. Wir bedienen uns sogar ihrer, indem wir gleichzeitig mit Vakzine und Kollargol behandeln, wobei wir hoffen, daß die provozierten Gonokokken von dem intravenös eingeführten Silber getroffen werden. Aber auch diese Erfolge sind nur sehr kritisch zu deuten. Wir müssen in der Therapie der Gonorrhoe und in der Diagnostik der latenten Gonorrhoe weiter kommen, da wir mit der Tatsache uns abfinden sollen, daß die Gonorrhoe nicht nur an Zahl, sondern auch an Schwere zugenommen hat. Wir stehen wenigstens in der kassenärztlichen und in der Privatpraxis vor einer Reihe von Fällen männlicher Gonorrhoe, mit welchen wir nur schwer zu Ende kommen, und bei welchen, wenn wir glauben, zu Ende gekommen zu sein, das Hygienische Institut kulturell noch Gonokokken aufdeckt. Wir denken hierbei an die häufigen Male, wo Hamburger und Altonaer Frauenärzte bei Unterleibsleiden junger Frauen uns die Männer sandten mit der Bitte, auf Gonokokkenreste zu fahnden und wo allle Provokationen und endoskopische Methoden uns keine Reste mehr zeigten[2]). Wir müssen uns mit der Tatsache abfinden, daß die männliche Gonorrhoe in sehr vielen Fällen latent ohne alle Symptome wird. Unsere Möglichkeiten, die Heilung eines Trippers zu verbürgen, scheinen im Laufe der Jahre immer kleiner zu werden. 1917 hat Rost aus der Freiburger Klinik in einer Arbeit, in welcher er die Heizsonde als provozierendes Mittel über die Vakzine stellt[3]), seinem Pessimsimus in gleicher Richtung eingehend Ausdruck gegeben. Nur ein Drittel der vermeintlich geheilten Fälle sind nach ihm geheilt. Noch nach Jahren können die latenten Gonorrhoiker infizieren. Sein Pessimismus geht nicht so weit, wie das Hanseatische Oberlandesgericht in einem Gutachten vor 15 Jahren gegangen ist. In einer Ehescheidungssache wurde die Anfechtbarkeit der Ehe erklärt auf Antrag der Frau auf Grund einer Gonorrhoe des Mannes, die jahrelang zurücklag und von welcher die Frau auch wußte. Am linken Nebenhoden des Beklagten fanden sich Reste einer Nebenhodenentzündung. Die Frau war nicht infiziert worden. Der Physikus hatte begutachtet: „Völlige Heilung eines Trippers kommt eigentlich nie vor. Es bleibt dauernd eine chronische Entzündung zurück, die immer wieder aufflackern kann. Geschieht dies, so entsteht die Gefahr, daß beim geschlechtlichen Verkehr eine Infektion stattfindet, die für die Frau ein trauriges Siechtum zur Folge haben würde. Hiernach ist als feststehend zu erachten, daß der Beklagte zur Zeit der Eheschließung geschlechtskrank gewesen oder sogar jetzt noch ist.“ Auf Grund dieser Folgerung wurde dem Antrag der Klägerin stattgegeben. — Es kommt hier nicht in Betracht, daß auch der Mann von seiner Seite aus Grund zur Anfechtung der Ehe hatte. Die Ehe wurde auf Grund der Anfechtung beider Parteien für nichtig erklärt. Besteht dieses Hanseatische Oberlandesgerichtsurteil zu Recht, wären mindestens 80% aller heutigen Ehen anfechtbar. Das Urteil verdient, als historisches Dokument aufbewahrt zu werden.

---

[1]) M. m. W., 1913, Nr. 30. — [2]) Vgl. hierzu: Prochownik, Gonorrhoische Latens und latente Gonorrhoe. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 50, H. 4, 1919. — [3]) M. m. W., 1917, Nr. 41.

Digitized by Google

Ernst Friedrich Müller: Es wurde von Bruck darauf hingewiesen, daß die Vakzinetherapie in ihren Wirkungen auf den Krankheitsstoff ganz wesentliche Unterschiede aufweist, die mit dem Stadium der Krankheit und mit der Lokalisation der Erreger in bestimmter Beziehung zu stehen scheinen. So wird der frische Harnröhrentripper wenig, ältere Prozesse und Komplikationen, z. B. die gonorrhoische Arthritis deutlich beeinflußt, eine Tatsache, die sicherlich darauf hindeutet, daß die Beziehungen zwischen den Erregern und den körperlichen Abwehrstoffen, die zur Zeit des Einsetzens der Vakzinetherapie bereits bestehen, eine wichtige Voraussetzung und einen Teil der Wirkung bilden. Denn wenn es unmittelbar gelänge, durch Einführung abgetöteter Kulturen zur Bildung angeregte Abwehrstoffe der Behandlung nutzbar zu machen, dann müßte der Erfolg bei Beginn der Erkrankung und noch fast ungeschädigten Geweben größer sein als später. Da die praktische Erfahrung jedoch zu entgegengesetzten Beobachtungen führt, ist mit Sicherheit anzunehmen, daß noch andere Faktoren beim Zustandekommen der bekannten Reaktionen mitspielen.

M. berichtet über Erfahrungen bei der Behandlung mit toxinfreier Milcheiweißlösung (Aolan). — Über die mit Aolan behandelten im ganzen 480 Fälle von gonorrhoischen Erkrankungen des Mannes[1]) ist im ganzen zu sagen, daß frische Fälle sehr ähnlich wie ältere und Komplikationen mit deutlicher Ausflußvermehrung reagierten, daß jedoch die frischen Fälle sehr wenig, Nebenhodenentzündungen und Arthritiden äußerst günstig und ganz im Sinne der Arthigontherapie beeinflußt wurden. So gelingt es meist, eine gonorrhoische Arthritis mit einigen Einspritzungen zu heilen. — Die Ähnlichkeit zwischen spezifisch und unspezifisch behandelter Gonorrhoe weist entschieden darauf hin, daß auch bei der Arthigonbehandlung Faktoren mitspielen, d. h. Wirkungen im Organismus aufgelöst werden, die auf unspezifisch wirkende Komponenten auch bei den Injektionen spezifischer Bakteriensubstanz hindeuten.

Weiteren Untersuchungen zur Prüfung der Spezifität von lokalen und Herdreaktionen wurde die Tatsache zugrunde gelegt, daß nicht nur nach intramuskulären Injektionen von 10 ccm Aolan, sondern auch nach intrakutanen Einspritzungen von 0,2—0,3 ccm Aolan stark vermehrter Harnröhrenausfluß und das Auftreten frischer Leukozyten zu erreichen ist[2]), auch bei Fällen, die vorher nur schleimigen, zellarmen Ausfluß aufwiesen. Dabei zeigte sich schon bei etwa 2000 Fällen von gonorrhoischen Erkrankungen in verschiedenen Stadien, die intrakutan mit Aolan behandelt wurden, daß bei über 60% deutliche, von Arthigonhautimpfungen nicht zu unterscheidende lokale Reaktionen um die Impfstelle auftraten. Da es mit den gleichen unspezifischen Hautimpfungen möglich ist, latente Gonokokken zu provozieren, so wurden bei einigen hundert derartig provozierter Fälle die negativ reagierenden mit Arthigon nachbehandelt, ohne daß durch spezifische Impfung in diesen Fällen dann noch eine Provokation erreicht wurde. Es ist daher anzunehmen, daß auch die typische Herdreaktion, das Ausschwemmen der Erreger, nicht an die spezifische Impfung gebunden ist, da diese der unspezifischen keinesfalls überlegen ist. — M. berichtet zum Schluß über Versuche mit Hautimpfungen verschiedenartiger Vakzinen und Sera, die bei gonorrhoisch Erkrankten in einem hohen Prozentsatz zu deutlicher Ausflußvermehrung und dem Auftreten frischer Leukozyten auch bei vorher fast fehlendem Ausfluß geführt haben (Tabelle 1). Sogar reine Salzlösungen bewirken bei intrakutaner Einspritzung (die in diesem Falle aber besonders sorgfältig vorgenommen werden muß, um Untersuchungsfehler zu vermeiden) ganz ähnliche provozierende Wirkungen auf den gonorrhoischen Prozeß in der Harnröhre, wenn sie auch weit weniger intensiv und daher praktisch nicht verwendbar sind (Tabelle 2).

M. hält die Schlußfolgerung für berechtigt:

1. daß es nicht angängig ist, lokale oder Herdsymptome nach spezifischen Injektionen zur Diagnose der spezifischen Erkrankung zu benutzen, da gleiche Reaktionen auch mittels unspezifischer Stoffe auszulösen sind, und

2. daß es notwendig erscheint, die Erklärung der spezifischen Vakzinetherapie der Gonorrhoe nicht in einer willkürlich und unmittelbar anregbaren spezifischen Abwehrstoffbildung zu suchen, sondern es müssen die bereits natürlicherweise eingegangenen Beziehungen zwischen Erreger und körperlicher Abwehr vor Einsetzen der Therapie wesentlich in Rechnung gestellt werden, da sie auch unspezifischen Reizen den Boden zu therapeutischer Wirkung vorbereiten.

---

[1]) Im früheren Marinelazarett Hamburg. — [2]) Vgl. B. kl. W., 1919, S. 801 (Über Reizempfindlichkeit der Haut).

Digitized by Google

Tabelle 1.

Injektionsmittel	Injektionsart und -menge ccm	Gesamtzahl der Fälle	Subjektive Reaktion (Juckreiz in der Harnröhre) +	Subjektive Reaktion (Juckreiz in der Harnröhre) −	Objektive Reaktion (Auftreten frischer Leukozyten) +	Objektive Reaktion (Auftreten frischer Leukozyten) −
	intrakutan					
Arthigon . . .	0,3	15	5	10	11	4
Typhus-Impfstoff .	0,3	8	6	2	7	1
Cholera-Impfstoff	0,3	6	2 (?)	4	3	3
Tetanus-Heilserum	0,3	8	4	4	6	2
Diphtherie-Heilserum	0,3	4	3	1	4	0
Patienten-Serum .	0,3	5	5	0	4	1

Tabelle 2.

Injektionsmittel	Injektionsart und -menge ccm	Gesamtzahl der Fälle	Subjektive Reaktion (Juckreiz in der Harnröhre) +	Subjektive Reaktion (Juckreiz in der Harnröhre) −	Objektive Reaktion (Auftreten frischer Leukozyten) +	Objektive Reaktion (Auftreten frischer Leukozyten) −
	intrakutan					
Physiologische NaCl-Lösung .	0,3	15	9	6	10	5
2% NaCl-Lösung	0,3	10	4	6	6	4
Ringersche Lösung	0,3	10	2 (?)	8	6	4

Nast für Arning: Arning ist der Ansicht, daß bei der heute schon intensiv geübten Therapie mit unspezifischen Mitteln, wie Milch, Terpentin u. a., bei Erkrankungen aller Art, hauptsächlich aber bei Gonorrhoe, der spezifischen Therapie mit den entsprechenden Vakzinen mit Arthigon, Gonargin u. a. gegenüber eine gewisse Skepsis am Platze sei. Es sei anzunehmen, daß unspezifische Reaktionen auch bei den spezifischen Vakzinen zustande kommen, deren therapeutischer und diagnostischer Effekt dann auf Kosten der Vakzine gesetzt werden würde, während in Wirklichkeit genau so gut die Vakzine als Fremdkörper oder artfremdes Eiweiß gelten könne und dadurch die Reaktion bedingt wäre. Es zeigt sich ja auch außerdem gerade beim Verlauf gonorrhoischer Komplikationen sehr häufig, daß ohne jegliche Therapie die Temperatur akut abfällt und der Verlauf der Krankheit absolut ähnlich ist dem aus der Therapie mit Vakzinen bekannten Bilde. Die Unmöglichkeit der öfteren Prüfung der zu Vakzinen verarbeiteten Stämme auf ihre Virulenz gibt zu Bedenken Anlaß, da wir geeignete Tiere dafür nicht besitzen. Es geht daraus hervor, daß die auftretende Reaktion bei Vakzinen vollständig unspezifisch sein kann, also mit arteigener Vakzinereaktion nichts zu tun hat. Im Vergleich zur Tuberkulose ist es auffallend, daß die kutane Allergie fehlt, selbst dort, wo kutane Prozesse wie bei gonorrhoischer Arthritis (gonokotoxische Hyperkeratosen) vorhanden sind.

Nast: Bruck gibt an, daß er zu diagnostisch-provokatorischen und therapeutischen Zwecken die Vakzine (Arthigon) in der Hauptsache intravenös verabfolgt. Die Frage der spezifischen Reaktion interessiert in hervorragendem Maße. Ganz besonders gut aber läßt sie sich bei der Behandlung alter gonorrhoischer Prozesse in der Harnröhre (Infiltrate usw.) und der Prostata beurteilen. Es hat sich gezeigt, daß bei intravenöser Einspritzung in den meisten Fällen akute Temperatursteigerungen auftreten, dagegen bei intramuskulärer diese ausbleiben. Weiter konnte bei diesen Vergleichen beobachtet werden, daß fast nur unter intramuskulärer Einspritzung ein allmähliches Floriderwerden des bestehenden latenten Prozesses eintrat. Daraus ging hervor, daß es sich nicht um

Digitized by Google

eine unspezifische Reaktion bei der Vakzinediagnostik und Provokation zu handeln braucht, sondern daß man ruhig annehmen kann, daß spezifische Vakzinereaktion stattgefunden hat. Aus den Untersuchungen auch anderer Autoren erhellt, daß sie ebenfalls an die Spezifität der Vakzine glauben, wenn sie angeben, daß erst nach Wochen der provokatorische Effekt aufgetreten sei. Auf diese Beobachtung, durch Vakzine latent schlummernde Prozesse an die Oberfläche zu bringen, wurde eine Therapie auch der frischen Gonorrhoe aufgebaut. Zugegeben ist allerdings, daß auch unspezifische Medikamente, wie das Kollargol, in manchen Fällen provokatorisch wirken können; aber in dem Maße provokatorisch, wie die Gonokokkenvakzine, ganz besonders des Arthigons, wirkt keines der einst versuchten Präparate. Es ist daher aus allem diesen schon heute die Forderung aufzustellen, alle Gonorrhoiker nach Abheilung der Erscheinungen und bei klinisch negativem Befunde mit Vakzine zu provozieren. Ob diese Provokation nun sofort nach der Abheilung oder erst einige Wochen hinterher vorgenommen werden soll, ist Sache des einzelnen Beobachters. Die Erfahrung aber hat gezeigt, daß man gut daran tut, einige Wochen damit zu warten, dann aber auch alle schon früher zur Verfügung stehenden Provokationsmittel zusammen mit der Vakzine in Anwendung zu bringen. Eine Gefahr besteht aber zweifellos bei der Behandlung mit Vakzine, nämlich die Entstehung von Metastasen bei Behandlung akuter Komplikationen. Es wurde bei Arthritis gonorrhoica, Epididymitis und Prostatitis das Auftreten sowohl von Iritis wie polyarthritischen-gonorrhoischen Erkrankungen festgestellt. Wenn man aber genügend vorsichtig vorgeht, zumal die intramuskuläre der intravenösen Injektion vorzieht, so wird man weniger Nackenschläge bekommen. An einem Material von etwa 300 Fällen ist einmal eine Epididymitis während der Behandlung aufgetreten, von der natürlich nicht gesagt werden kann, ob sie nicht auch ohne Vakzine bei der absolut frischen Gonorrhoe entstanden wäre. Diese guten Resultate können wohl auf Kosten der kombinierten Kollargol-Arthigonbehandlung gesetzt werden, da Kollargol sowohl durch seine bakterizide und Leukozyten bildende Fähigkeit diese Komplikation auf dieses Minimum zu beschränken scheint.

Prochownick[1]): Bei den Frauenärzten hat von dem Zeitpunkte, an welchem die Biologie des Gonokokkus ergründet und begründet wurde, eine Spaltung in zwei Lager stattgefunden. Die einen versuchten durch Abtöten der Gonokokken und durch ihre energische Verfolgung bis in die äußersten Schlupfwinkel in jedem Stadium der Erkrankung, auch im ganz akuten, Heilung zu erzielen. Die anderen hielten die Prophylaxis für richtiger. Gestützt auf die Lebensform und Lebensdauer der Gonokokken, und unterstützt durch die gesicherte Erfahrung, daß die Kokken in die tieferen Gewebschichten nicht eindringen, wenn es gelingt, die letzteren vor jeglichem Trauma zu bewahren, strebten sie danach, dieser letzten Forderung so weit als möglich durch streng konservative Behandlung, mit wenigen oder keinen örtlichen Maßnahmen, zum Heilziele zu gelangen.

Wechselnd haben beide Richtungen im Vordergrunde gestanden; während der Kriegszeit wieder mehr die aktive; gegen Ende des Krieges und jetzt, gerade auf Grund der kritisch gesichteten, nicht besonders günstigen Heilerfolge der Aktivität, kommt wieder die konservative Anschauung mehr zur Geltung.

Ohne an dieser Stelle hierüber in Einzelheiten einzutreten, sollen nur diejenigen Versuche Erwähnung finden, die sich an den Vortrag anschließen.

Sobald die Bemühungen, durch Vakzine chronische Entzündungsprozesse zu mobilisieren, festen Boden gewonnen hatten, fügte ich sie den übrigen Maßnahmen hinzu, die durch aktive und passive Hyperämie wirken sollten (1912). Meine Prüfungen sind ausschließlich, mit voller Absicht, klinische gewesen und geblieben und gerade deshalb vielleicht nicht ohne Belang. Sie beschränken sich auf Verwendung des Arthigons und Gonargins, beide in langsam gesteigerter Dosierung. Zuerst wurde das Arthigon mehr zu diagnostischen Zwecken benutzt und der Heilzweck vorwiegend mit Gonargin erstrebt. Nachher sind wechselweise die Kuren mit einem der beiden Vakzine durchgeführt worden.

Bei gelagerten akuten Erkrankungen habe ich (absichtlich) Vakzine bisher nicht verwendet. Bei den subakuten Formen ist die Wirkung fast durchgängig eine recht befriedigende gewesen. Der Einfluß auf Temperatur und Puls ist nach Abklingen der Reaktion stets deutlich zutage getreten, ebenso die örtliche betreffs Schmerzen und

[1]) Auf unsere Bitte nachträglich eingesandt, da P. an dem Abend am Erscheinen verhindert war. D.

Digitized by Google

Blutungen. Die Beobachtung, daß die Sekretion wieder reichlich wurde (Provokation) haben auch wir gemacht, ohne jedoch (absichtlich) daran örtliche Maßnahmen zu knüpfen.

Das Beste haben wir bei akuten Nachschüben gesehen, insbesondere beim Rheumatismus gonorrhoica in jeder Form, und an jeder Örtlichkeit, sowie bei Periurethritis und Periproktitis, die sich an kleine Traumen angeschlossen hatten. (Verätzungen durch anderweitige Heilversuche.)

Wesentlich geringer sind unsere Erfolge bei den veralteten Entzündungsformen gewesen. Man kann das Ergebnis für dieselben dahin zusammenfassen, daß überall da, wo keine ausgesprochene Reaktion aufgetreten ist, die Anwendung der Vakzine die übrigen therapeutischen Maßnahmen nicht zu unterstützen vermochte.

Sämtliche Anwendungen sind bisher subkutan, bzw. intramuskulär ausgeführt worden, nicht intravenös, und betreffen insgesamt 42 Kranke.

E. Franke vermißt unter den Komplikationen der Gonorrhoe von seiten der Augen die Erwähnung der Regenbogenhautentzündung, welche sehr viel häufiger Folge der Gonorrhoe bzw. der mit ihr verbundenen Gelenkentzündung ist, als im allgemeinen bekannt ist. Fr. fragt Herrn Bruck, welche Erfahrungen er mit dem Arthigon bei der gonorrhoischen Iritis gemacht hat. Seine eigenen Erfahrungen sind nur gering, nachträglich ließ sich feststellen, daß auf der Arningschen Abteilung 2 Fälle von Iritis mit gutem Erfolge auf meine Veranlassung mit Arthigon schon vor etwa fünf Jahren behandelt sind. Bei diesen Formen von Iritis hat er auch sehr gute Erfolge von intraglutäalen Milch- bzw. Aolaninjektionen (1,0 ccm) gesehen. So konnte noch kürzlich auf der Arningschen Abteilung ein schwerer und sehr schmerzhafter Fall von Iritis dadurch in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Zeit zur Heilung gebracht werden.

Bei einer Blennorrhoe eines 9jährigen Knaben, deren Ursache nicht zu ermitteln war, wurde durch drei Aolaninjektionen, 5,0 ccm, schneller Rückgang der Lidschwellung und Eiterung ohne jegliche anderweitige örtliche Behandlung erreicht.

Fr. möchte mit diesen kurzen Bemerkungen keine Polemik gegen das Arthigon führen, sondern nur den Praktiker auf ein Mittel hinweisen, welches bequem anzuwenden und auch gefahrlos ist.

R. Hahn sah weder bei Epididymitiden noch Gelenkentzündungen die von Bruck gerühmten besonderen Erfolge des Arthigons. Hahn empfiehlt die Provokation direkt im Anschluß an die Gonorrhoebehandlung zu machen. Bei älteren Fällen soll man mit den Provokationen vorsichtig sein.

Bei den Adnexerkrankungen von an Vulvovaginitis gonorrhoica erkrankten kleinen Mädchen sah Hahn vom Arthrigon einige Male sehr gute Resultate. Dagegen wirkte das Arthrigon gar nicht in Fällen von allgemeiner Gonokokkensepsis mit Endokarditis, bei denen das Argochrom geradezu glänzend wirkte.

Hahn sieht die Hauptaufgabe des Arztes bei der Gonorrhoebehandlung darin, die Patienten aufzuklären und sie möglichst früh in ärztliche Behandlung zu bringen, da nach seinen Erfahrungen eine in den ersten drei Tagen vorgenommene Abortivkur in etwa der Hälfte der Fälle vollen Erfolg hatte.

Wichmann empfiehlt einen Versuch von Vakzination von Gonokokkeneiter auf die Haut bei chronischer Gonorrhoe.

Allard hat bei der gonorrhoischen Arthritis mit Arthigon Erfolge und Mißerfolge gehabt. Er empfiehlt vor allem bei der Monarthritis Anlegung eines Gipsverbandes, der in den meisten Fällen geradezu zauberhaft wirkt, besonders auf die unerträglichen Schmerzen; auch das Fieber pflegt danach abzufallen. Die gefürchtete Ankylose wird vermieden, wenn der Verband alle 5—9 Tage abgenommen wird, um Bewegungen zu versuchen, mit denen man so früh wie möglich anfangen muß. Dann ist eine durch den festen Verband verursachte Ankylose nicht zu besorgen.

Kümmell bespricht die den Chirurgen interessierenden Formen der Arthritis gonorrhoica. Er unterscheidet drei Formen:

1. Die günstigsten mit Exsudate einhergehenden,
2. die ungünstigen trockenen Formen,
3. die ganz ungünstigen periartikulären phlegmonösen Formen.

Gegen die heftigen Schmerzen empfiehlt Kümmell Kollargolinjektionen, die oft zauberhaft wirken.

Callmann hält die weibliche Gonorrhoe nicht für ein so undankbares Gebiet. Sie ist mit Ausdauer durch Lokalbehandlung zu heilen. Durch die Arthrigonbehandlung wird die Heilungszeit erheblich abgekürzt.

Digitized by Google

Calmann: Es ist nicht berechtigt und auch nicht ratsam, die weibliche Gonorrhoe in der Mehrzahl der Fälle als nicht heilbar zu bezeichnen. Durch diese Skepsis werden diejenigen Ärzte, die mit Vorliebe, oft aus bester Überzeugung, eine Passivität in der Krankenbehandlung zu bevorzugen, veranlaßt, diesen Nihilismus auf die weibliche Gonorrhoe zu übertragen und damit ganz beträchtlichen Schaden anzurichten. Die weibliche Gonorrhoe verlangt allerdings viel Mühe und Ausdauer vom Kranken und vom Arzt, ist aber schließlich immer heilbar. Ein gutes Unterstützungsmittel ist die Arthigonbehandlung, aber nur, wenn sie intravenös und fast täglich in großen Dosen $^1/_2$—1 ccm geübt wird, zusammen mit einer sehr energischen Lokaltherapie. Die Heilungsdauer, die man früher auf $^1/_4$ bis $^1/_2$, manchmal bis auf 1 Jahr annehmen mußte, ist durch die Arthigonbehandlung so weit verkürzt worden, daß man sie auf 6, 8 oder 12 Wochen berechnen kann, von einzelnen Ausnahmen abgesehen. In den Fällen, in denen noch lange und hartnäckig eine Urethralgonorrhoe übrigbleibt, bringen gewöhnlich ein paar eingeschaltete Kollargolinjektionen die Heilung zum Abschluß.

Wittmer: Während der Ruf der Gonokokkenvakzine als Provokationsmittel nicht angezweifelt werden kann, warnt Wittmer vor Überschätzung des Wertes als Unterstützungsmittel der Gonorrhoebehandlung.

Es sind auf der dermatologischen Abteilung in Barmbeck in den letzten fünf Monaten 112 Frauen mit Arthigoninjektionen behandelt worden. Eine Abkürzung der Behandlungsdauer wurde nicht beobachtet.

Bei fünf Fällen von gonorrhoischer Arthritis wurde kaum ein rascherer Erfolg gesehen; bei zwei Fällen dagegen ist eine überraschende Besserung eingetreten.

Zwei Fälle von gonorrhoischer Endokarditis und vier Fälle von gonorrhoischer Sepsis blieben unbeeinflußt durch Arthigon.

Dagegen wurde eine Zunahme der entzündlichen Reizungszustände der weiblichen Unterleibsorgane beobachtet:

Metritis und Parametritis in 22 Fällen, Adnexerkrankungen (alte und neue) in 13 Fällen, zusammen 35 auf 112 Fällen.

Diese Zunahme der Entzündung der Unterleibsorgane gibt Veranlassung, vor der Verallgemeinerung des von Zeit zu Zeit immer wieder steigenden Optimismus in der Gonorrhoe-Vakzinbehandlung zu warnen.

Bruck (Schlußwort): Daß eine unspezifische Komponente an der Wirkung des Gonokokkenvakzin beteiligt ist, wie die Herren Delbanco und Müller annehmen, hält Vortragender durchaus für möglich. Es dürfte dies bei allen aktiven Immunisierungen mit Bakterienproteinen der Fall sein und dieselbe der Wirkung der parenteralen Eiweißtherapie nahestehen. Immerhin ist aber der spezifische Anteil nicht gering zu schätzen, der sich ja experimentell schon im Ansteigen des Ambozeptorentiters nach Gonokokkenvakzininjektionen zeigen läßt, wobei dahingestellt bleiben kann, ob diesen Ambozeptoren ein direkter Heilungseinfluß zuzumessen ist. Jedenfalls spricht das Fehlen der Wirkung auf die Schleimhautgonokokken noch nicht im Sinne des Fehlens einer spezifischen Komponente.

Gegenüber Hahn, der der Ansicht ist, daß die im Anschluß an Provokationen auftretenden akuten Prozesse bei chronischen Gonorrhoen, insbesondere bei Heiratskandidaten, eine Schädigung bedeuten, ist Vortragender der Meinung, daß im Gegenteil derartig gelungene Provokationen in klinischer und sozialer Hinsicht einen großen Vorteil darstellen, denn erstens gelingt es, derartige akute Prozesse mit viel größerer Sicherheit definitiv zu heilen, als alte chronische, und zweitens verhütet eine gelungene Provokation, daß chronische Gonorrhoen in die Ehe verschleppt werden.

Vortragender gibt zu, daß die Vakzinbehandlung der Gonorrhoe verbesserungsfähig ist, er ist auch weit davon entfernt, zugunsten der Vakzinbehandlung auf andere bewährte Methoden verzichten zu wollen, wie er von jeher betont hat. Daß aber die Anwendung des Arthigons in diagnostischer und therapeutischer Beziehung einen wesentlichen Fortschritt bedeutet, steht für ihn nach seinen Erfahrungen und den reichen in der Literatur niedergelegten Tatsachen fest.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Juli 1920.

Originalbericht von Dr. Sprinz-Berlin.

1. Buschke demonstriert:

a) Einen nahezu den ganzen Rumpf bedeckenden **Naevus pigmentosus**, der den Eindruck hervorruft, als wenn die Haut schmutzig wäre. Nur zum geringen Teile handelt es sich um diffuse Pigmentierung, größtenteils um fleckförmige Anordnung der vielfach an die Follikel angeschlossenen Pigmentflecke.

b) Präparate. die von dem in einer früheren Sitzung demonstrierten Patienten mit **Karzinom auf einem Spätsyphilid** stammen. Der Patient verweigerte die vorgeschlagene Operation und wurde in der Röntgenabteilung mit Massivbestrahlung behandelt. Hierbei ist das Karzinom fast völlig geschwunden. Der Patient ging jedoch unter hohem Fieber und zunehmender Somnolenz zugrunde. In den inneren Organen fand sich eine gummöse Veränderung der rechten Niere und ein Gummi im linken Condylus femoris; kein Zeichen von Sepsis, so daß die Annahme berechtigt ist, daß die durch die rasche Rückbildung des Karzinoms entstandenen chemischen Substanzen toxisch gewirkt haben.

2. Hoppenstedt demonstriert einen 28jährigen Mann mit einem **Lupus vulgaris der Wange**, der dadurch bemerkenswert war, daß er klinisch gar nicht an Lupus vulgaris erinnerte, sondern durch seinen perlgrauen Randwall viel eher an ein Epitheliom; histologisch ergab sich dagegen ein typisches tuberkulöses Granulationsgewebe.

3. v. Bressler: Einen jungen Mann mit **multipeln, extragenitalen Primäraffekten** und weist dabei auf die von ihm statistisch festgestellte enorme Zunahme der extragenitalen Affekte hin; das prozentuale Verhältnis der genitalen Affekte zu den extragenitalen hob sich von 100:5 auf 100:15 und auf den Monat berechnet von 4,3 auf 5,8.

Buschke bestätigt auf Grund seiner Beobachtungen die außerordentliche Zunahme der extragenitalen Syphilis, aber auch der akquirierten Lues der Kinder, zum Teil auf sexuellem Wege entstanden.

4. Lederмann: Einen jungen Mann mit einem Gesichtsausschlage, der seit 3 Jahren besteht, und aus mehreren scharf abgesetzten Herden an der Gesichtshaut besteht; die Herde zeigen eine lebhafte Röte und eine zentrale Schuppung sowie eine leichte Atrophie nach langem Bestehen. Die Diagnose kann nur **Erythema centrifugum**, eine Abart des Lupus erythematodes, lauten.

Arndt schließt sich dieser Meinung an und macht besonders auf die grauweißen, atrophischen Flecke am linken Zungenrande aufmerksam.

5. Arndt: Einen 29jährigen Schuhmacher, der seit 2 Monaten ein Exanthem am Rumpf aufweist, das aus bläulichen Flecken und bis bohnengroßen Knoten besteht. Unter Ausschließung aller differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Affektionen wäre zunächst eine systematisierte Wucherung des lymphatischen Apparates hyper- oder neoplastischer Natur anzunehmen. Mit Zuhilfenahme des Blutbildes (relative Lymphozytose 45—50%, besonders große Lymphozyten, 10% große, mononukleäre) und des histologischen Befundes (lymphozytäre Neubildung im mittleren Teile der Lederhaut, aber polymorphkernig) erklärt Arndt eine **atypische Proliferation des lymphozytären Gewebes** mit **Lokalisation in der Haut** für vorliegend. Die Röntgendurchleuchtung habe keine Lymphosarkome ergeben.

Ziemann möchte das vorliegende Krankheitsbild als aleukämische Lymphadenose der Haut bezeichnet wissen.

b) Eine 74jährige Frau mit einem **Lupus erythematodes acutus universalis.** Die Anamnese ist sehr belastend für Tuberkulose. Das Bemerkenswerte des Falles liegt in dem hohen Alter der Kranken, in der Polymorphie des Exanthems, das stellenweise gar nicht charakteristisch ist, daß der Fall von vornherein akut begann und die Mundschleimhaut mitbeteiligt ist. Prognose ist nicht so infaust, wie sie gewöhnlich angegeben wird. Der histologische Befund ist wenig charakteristisch, aber der Bazillenbefund oft positiv.

Digitized by Google

6. Heller verbreitet sich in einem eingehenden Vortrage über die Frage: **Welche Salvarsandosen sind eben ausreichend bei der Behandlung einer seropositiven Lues?** Es käme nicht darauf an, festzustellen, welche Salvarsandosen ein Patient gerade noch vertragen kann. Er habe an einem Materiale von etwa 400 klinisch beobachteten Militärpersonen die Frage zu lösen versucht. Die Quecksilbertherapie blieb sich in allen Fällen gleich, um eine Konstante zu haben; als Indikator für den Erfolg der Kur benutzte er das Umschlagen der WR in das Negative; 32% waren nach der 3. Injektion noch positiv, 25% nach der 4. und 18,7% nach der 5. Injektion. Wenn der Wassermann jetzt noch positiv war, folgte noch eine 6. und 7. Einspritzung, worauf noch einmal die Hälfte der restlichen Fälle negativ wurde. Man könnte daran denken, durch Erhöhen der Dosis noch bessere Resultate zu erzielen; aber ein Teil der Fälle wurde nach der 5. Injektion durch bloßes Abwarten negativ. Heller bespricht dann die bekannten Unstimmigkeiten der Resultate in den verschiedenen serologischen Instituten, die Tatsache, daß Patienten trotz negativer WR infizieren können, daß trotz ausgiebigster Behandlung in einzelnen Fällen schwere Rezidive auftreten. Bei seiner Privatklientel, einem Patientenmateriale, das er fest in der Hand zu haben glaube, sah er im letzten Jahre von 250 seropositiven Frühfällen bei seiner Behandlungsmethode nur 3 Fälle zunächst einen schweren Verlauf nehmen, 4 Rückfälle eintreten nach 4monatiger Pause und 9 Neurorezidive. Es scheine ihm nicht richtig, um diese wenigen Rezidive zu vermeiden, die Salvarsandosen ins ungemessene zu erhöhen. Bei seropositiver Frühlues glaube er, daß im ganzen 12 Hg-sal.-Injektionen und 5 Neosalvarsandosierungen ausreichend seien.

Diskussion: Rosenthal will von einem Behandlungsschema nichts wissen; schon die verschiedenen Quecksilbermittel verlangten eine verschiedene Salvarsandosierung, die Toleranz der Individuen sei eine ungleiche, und oft wirkten in einem Falle schon kleine Dosen, wo in einem anderen nur sehr große ausreichend wären.

Bruhns hält doch ein gewisses Schema für notwendig. Wir müssen auseinanderhalten diejenige Salvarsandosis, welche ausreicht, um einen Umschlag zu erzielen, und diejenige, welche abzielt, den Patienten dauernd geheilt zu machen.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 18. Dezember 1919.

Spillmann und Watrin: **Histologische Veränderungen in einem Falle von generalisiertem papulösem Xanthom.** Der größte Teil des Körpers zeigte bis 5 mm Durchmesser haltende, ockerfarbene bis schwarzbraune Tumoren mit leicht gefalteter, glänzender Oberfläche. Histologisch sehr zahlreiche Xanthelasmazellen, und zwar fusiforme Elemente von 25—30 Mikren mit großem, rundem Kern meist an dem einen Pol der Zelle, andererseits Riesenzellen mit bis zu 20 Kernen, die kreisförmig in der Mitte zwischen Zentrum und Peripherie der Zelle angeordnet sind. In beiden Formen schwarze oder graue Massen, die die alveoläre Anordnung des Protoplasmas verdecken, die sich mit der Osmiumsäure der Flemmingschen Lösung färben, also Fett sind; geht der Färbung ein mehrstündiges Xylolbad voraus, so schwinden die schwarz gefärbten Granulationen, während in einigen, besonders den Riesenzellen, braune verbleiben. Letzteres Fett ist anscheinend reichlicher, bildet Depots nicht nur in den Zellen, sondern auch in dem intrazellulären Zwischengewebe. Es wird nicht in den Zellen gebildet, sondern stammt aus dem Blute, wofür auch die bei den Kranken zu findende Cholesterinämie spricht. Diese ist ein Zeichen der Leberinsuffizienz, ebenso wie die bei diesem Kranken beobachtete beträchtliche Verminderung der Harnstoffausscheidung und vielleicht auch der essentiellen Polyurie, die jedoch von Störungen in den Drüsen mit innerer Sekretion herrühren kann.

Gastinel und Legrain: **Schanker des Zahnfleisches bei einem Zahnlosen.** Ausgedehnter Primäraffekt am Gaumen wahrscheinlich professioneller Natur bei einem in einem größeren Atelier tätigen Schuhmacher, der seine Prothese entfernt hatte, um bequemer die kleinen Nägel, wie es üblich, in den Mund nehmen zu können, wobei er auch solche nahm, die vorher schon andere im Mund gehabt hatten.

Digitized by Google

Legrain und Pellier: **Sporotrichosis.** Der Kranke zeigte zunächst eine Wunde an der Nase, die sich mit trockener, brauner Kruste bedeckte, in der peripheren erythematösen Zone papulöse Eruptionen aufwies; am übrigen Körper entwickelten sich dann ekthymaartige Effloreszenzen. Durch die Kultur wurde Sporotrichon nachgewiesen.

Parin und Périn: **Fall von Lupus erythematosus plantaris.** Die Lokalisation an den Fußsohlen ist außerordentlich selten; sie war hier mit Erscheinungen am übrigen Körper verbunden, jedoch so charakteristisch, daß sie auch ohne diese zu diagnostizieren war.

J. Montpellier und H. Marchand: **Enquete über die malignen Tumoren der Haut bei den Eingeborenen Nordafrikas.** Im Gegensatz zu den früher verbreiteten Anschauungen ergaben die durch Umfrage bei den Ärzten in Algier, Tunis, Marokko erhaltenen Resultate eine Bestätigung der schon vorher von dem einen Vortragenden ausgesprochenen Ansicht, daß maligne Tumoren häufig, daß das Epitheliom sehr verbreitet und gegenüber dem Sarkom bedeutend überwiegt und daß die Haut der Eingeborenen maligne Tumoren mindestens so häufig produziert wie die der Europäer. Die Frage des Sarkoms muß noch weiter verfolgt werden.

G. Lacapère: **Ursachen der malignen Erscheinungsformen in der Syphilis.** In Marokko wurden außerordentlich häufig schwere Hautformen auch in der Frühperiode beobachtet. Ihre Ursache ist das Sumpffieber, und zwar dadurch, daß es eine Herabsetzung des Blutdruckes bewirkt, die ihrerseits zu einer trockenen, mageren, bräunlich gefärbten, hypotonischen Haut führt. Daher sind in den Gebirgsgegenden Marokkos, in denen es kein Sumpffieber gibt, die ulzerösen und verstümmelnden Formen der Syphilis unbekannt. In geringerem Maße kommt die Enthaltsamkeit von alkoholischen Getränken als druckvermindernder Faktor in Betracht, auch die sekundäre Syphilis setzt den Blutdruck herab. Durch diese Häufung der Ursachen erhalten die Syphilisläsionen nicht genügend Ernährungssäfte, und anstatt sich zu organisieren und zu resorbieren kommt es zur Nekrotisierung. Deshalb hat auch Quecksilber wenig Einfluß auf die malignen Syphilide, während Arsen rapide die Blutmasse regeneriert und den Blutdruck wieder erhöht.

A. Lévy-Franckel und Jacob: **Die Lunge der Psoriatiker.** Von 49 radioskopisch untersuchten Psoriatikern zeigten eine normale Lunge 16, ausgesprochene Veränderungen 27, 6 geringe. In der Entwicklung und Lokalisation der Psoriasis ist ein Einfluß des Traumatismus zu bemerken, dazu scheint noch eine toxisch-infektiöse Ursache zu kommen; in diesem Sinne ist der tuberkulöse Boden günstig für die Entwicklung, und zwar handelt es sich fast ausschließlich um Tuberkulöse, die die Infektion überstanden.

Olga Eliascheff: **Pigmentierte Flecken und Tumoren der Haut bei einem Epileptiker. Zweifelhafter Fall von „Lepromen" oder „Xanthomen" oder wahrscheinlich „Sarcomatosis Kaposi".** Auch die Diskussion vermochte keine Aufklärung über die Diagnose zu bringen.

Clément Simon: **Zwei Rezidive von syphilitischem Schanker im Verlauf von sechs Monaten.** In der genannten Zeit trat dreimal ein Schanker auf, und zwar beide Rezidive an derselben Stelle, ohne Sekundärerscheinungen bei negativer WR; in den kurzen Pausen zwischen Abschluß der Behandlung und den Rückfällen hatte Verkehr mit „Präservativs guter Qualität" stattgefunden. Es handelt sich nicht um Reinfektion oder schankriforme Sekundärerscheinungen, sondern um örtliches Wiederaufleben infolge von durch die Behandlung ungenügend abgetöteten Spirochäten. Für die Verallgemeinerung der Infektion und die Entwicklung des spezifischen für die Sekundärperiode charakteristischen Säftezustandes hatte der Organismus nicht genügend Spirochäten oder Toxine erhalten. In der Diskussion wird betont, daß es sich wohl einfach um Schanker redux gehandelt habe.

Hudelo und Montlaur: **Andauernder Pemphigus mit Epidermiszysten in Verbindung mit endokrinen Syndromen. Seine Beziehungen zur Heredospezifität. Besserung durch Polyopotherapie.** Langdauernde Blaseneruptionen, die an den Händen zu Narbenatrophien mit Epidermiszysten führten. Außerdem Hypertrichosis, Dunkelpigmentierung an Gesicht und Hals, mäßige Fettanhäufung am Leib, Schwellung der Thyreoidea, im ganzen also ein Komplex von Symptomen von seiten der Nebennieren, Hypophysis, Thyreoidea. Der Urin zeigte dauernd Portweinfärbung, kein Hämoglobin. Trophische Störungen. Paternelle Syphilis, wahrscheinlich Heredität. Antisyphilitische und Hochfrequenzbehandlung ohne Erfolg. Polyopotherapie: 14 Tage Ovarienextrakt, 14 Tage Ruhe, 14 Tage Nebennierenextrakt, 14 Tage Ruhe, 14 Tage Hypophysisextrakt, 14 Tage Ruhe, 14 Tage Thyreoideaextrakt, 14 Tage Ruhe. Während

Digitized by Google

dieser ein Jahr lang fortgesetzten Behandlung wesentliche Besserung aller Erscheinungen, abgesehen von der Urinfärbung. Nach Aussetzen der Behandlung traten die Erscheinungen wieder in intensiverer Weise als zuvor auf, um nach gleichem Vorgehen wieder zu schwinden. Die endokrinen Zeichen könnten mit einer fötalen Syphilis in Zusammenhang gebracht werden, und zwar so, daß durch eine Veränderung der Drüsen in dieser Zeit es sich jetzt nur um funktionelle, durch spezifische Therapie nicht zu beeinflussende Störungen handelt. Die Pigmentstörungen des Urins könnten der heredosyphilitischen Hämoglobinurie nahe stehen. Die Blaseneruptionen und die allgemeine Hautdystrophie wären vielleicht mit Rücksicht auf den Erfolg der Therapie auch auf dystrophische Gefäßstörungen der Haut endokrinen Ursprungs zurückzuführen. In der Diskussion wünscht Brocq in bezug auf die Wirkung auf die Hypertrichose festgestellt zu sehen, welches der angewandten Extrakte hierfür in Betracht kommt und ob sich überhaupt eins oder mehrere wirksam gezeigt haben. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

Allgemeines und Historisches.

Sypilis insontium, von W. Walmsley. (Brit. m. J., 26. Jan. 1918, Nr. 2978.) Es wird über einen englischen Offizier berichtet, der mit zweifellosem syphilitischem Ausschlag und positivem Wassermann in Behandlung genommen wurde, und bei dem das Primärsyphilid sich auf der Kopfhaut befand. Nachweislich hatte ein französischer Barbier, der ihn bedient hatte, an der Hand ein syphilitisches Geschwür. Ein Kamerad des Offiziers erlitt das gleiche Unglück. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion, von Martin Pappenheim. (W. m. W., 1919, Nr. 23.) Die Untersuchung der Lumbalpunktionsflüssigkeit dient 1. der Unterscheidung luetischer von nichtluetischer Erkrankung des Zentralnervensystems; 2. ermöglicht der Liquorbefund vielfach die Diagnose zwischen Lues cerebri, Tabes und Paralyse; 3. bildet der Liquorbefund einen wichtigen Anhaltspunkt für die Behandlung der Nervenlues; 4. ist die Untersuchung ausschlaggebend für die Beendigung der antiluetischen Kuren. Die Punktion zu therapeutischen Zwecken wird angewendet: 1. zur Druckentlastung und 2. um Heilmittel in den Subarachnoidealraum zu bringen. Die Art der Einspritzungen und ihr Effekt bei den einzelnen Krankheiten wird hervorgehoben. H. Vörner-Leipzig.

Pathologie und Klinik.

Über Syphilis der Prostata, von Theodor Colm-Königsberg i. Pr. (B. kl. W., 1918, Nr. 50.) Bei einem 60jähr. Manne, der 15 Jahre vorher eine syphilitische Infektion gehabt hatte, entwickelte sich eine vollständige Harnverhaltung. Die Zystoskopie zeigte neben der Mittellinie zwischen Harnleiterfalte und innerer Harnröhrenmündung eine Lücke in der Schleimhaut, die mit scharfen, gelblichweißen Rändern dreistrahlig klaffte in gleichmäßig entzündlich geröteter Umgebung. Ihr entsprach Größe und Lage nach eine vom Mastdarm aus fühlbare erbsengroße Gewebslücke im Vorstehdrüsenlappen. Nach dreimal 0,45 Neosalvarsan und Hg-salicyl.-Einspritzungen gänzliche Wiederherstellung. E. Klemm-Leipzig.

Zur Kasuistik der syphilitischen Schilddrüsenentartung, von Johannes Cramer. (Diss., Breslau 1919.) Gegenüber der Häufigkeit der Affektion der Schilddrüse im Frühstadium der Syphilis (Engel-Reimers) ist die eigentliche Schilddrüsensyphilis in späteren Stadien der Krankheit bzw. bei hereditärer Lues ungemein selten. Es sind bisher nur 16 Fälle von Thyreoiditis syphilitica klinisch beobachtet und beschrieben einschließlich des vorliegenden Falles bei einem 37jährigen Dienstmädchen. Seit der Jugend besteht mäßige Kropfbildung. Auf diesem Boden entwickelt sich später eine Struma, deren schnelles Wachstum an eine maligne Neubildung denken läßt, und die infolge zunehmender Dyspnoe chirurgisches Eingreifen notwendig macht. Bei dem völligen Fehlen anderer Anzeichen von Lues ist die Diagnose: Struma syphilitica nicht zu stellen. Die Konsistenz des Tumors ist auffallend hart. Basedow-Erscheinungen fehlen. Bei der Operation stößt man nach Freilegung der Schilddrüsengegend auf lehmig aussehende,

Digitized by Google

bröckelige Muskeln. Die Schilddrüse ist in ihren beiden Lappen in lehmartige bröckelige Massen verwandelt, die sich von tuberkulösem Gewebe dadurch unterscheiden, daß sie nicht trocken, sondern saftreich sind. Der Verdacht auf Lues wird durch die histologische Untersuchung und die WR bestätigt. Die prompte Heilung der nicht operierten Struma auf Jodkalidarreichung beweist weiter die syphilitische Natur der Struma.
F. Weiler-Leipzig.

Klinische und histologische Untersuchungen bei Lues cerebri, von Chana Goldberg. (Diss., Bern 1914.) Man unterscheidet drei Formen der Gehirnlues: 1. Die gummöse Form. Die einzelnen Gummata können verschiedener Größe und Form sein, von großen, isolierten Gummigeschwülsten, welche klinisch die Symptome eines Hirntumors hervorrufen können, bis zu miliaren Gummiknötchen, die sich oft in den Gefäßen oder in der Pia etablieren. 2. Die endarteriitische Form: Bei dieser unterscheidet man die Endarteriitis der großen Gefäße, welche mit Wucherung der Intima einhergeht und zur Verstopfung des Lumens führt. Klinisch kann diese Form das Bild der Arteriosklerose vortäuschen. Dann die Endarteriitis der kleinen Gefäße. Hier handelt es sich um die mikroskopischen Gefäße der Rinde, bei der sich eine ähnliche Wucherung der Intima abspielt. 3. Die meningo-enzephalitische Form: Diese zeigt histologisch Infiltrationen der Meningen und der Gefäßwände der Gehirnsubstanz und dieser selbst mit Lymphozyten und spärlichen Plasmazellen. Die Infiltrate sind gelegentlich massig und führen zur Verdickung der Meningen. Klinisch kann man die Lues cerebri folgendermaßen einteilen: 1. eine kleinere Gruppe, die sich durch Symptome der Drucksteigerung in der Schädelkapsel kennzeichnet; 2. die syphilitische Pseudoparalyse; 3. die apoplektische Form; 4. eine Form, bei der die epileptischen Erscheinungen im Vordergrund stehen; 5. eine paranoide Form. Die Arbeit, die vier Fälle mit Sektionsbefund enthält, bestätigt die Erfahrungen, daß die meningo-enzephalitische Form der Lues cerebri klinisch unter dem Bilde der Pseudoparalyse zu verlaufen pflegt, daß ferner ein protrahierter Verlauf von jahrelanger Dauer und der vollkommen andauernder Hemiplegien oft zu diesem Krankheitsbild gehören, im Gegensatz zur progressiven Paralyse, bei der derartige Lähmungen mit sehr seltenen Ausnahmen vorübergehend sind. Mikroskopisch kann die meningo-enzephalitische Form der Lues cerebri mit der Bildung ungemein starker Gliawucherung einhergehen, die sich einerseits in dem Auftreten sehr großer Kerne mit sehr reichlichem Protaplasma, andrerseits riesiger Mengen faseriger Glia kundgibt. Die Wucherung der faserigen Glia besteht sowohl in einer mächtigen Zunahme des Randfilzes, als in der Bildung breiter unregelmäßiger Faserzüge in der Tiefe der grauen Substanz. Die Infiltration der Rinde braucht mit der Infiltration der Pia nicht parallel zu gehen. In einem erweichten Herde wurde die Ansammlung sehr großer Mengen von Lipoidstoffen nachgewiesen. Ein gewisser Teil der unter den Erscheinungen des Hirndruckes auftretenden Fälle der Lues cerebri kann in wenigen Wochen letal verlaufen, mit oder ohne Auftreten hemiparetischer Erscheinungen. Diesen Formen scheinen Gummata neben auf Gefäßveränderungen beruhenden Erweichungsherden zugrunde zu liegen. Die dabei beobachteten halbseitigen Paresen traten apoplektiform auf.
F. Weiler-Leipzig.

Ein Fall von Gummosis des Herzens, von Kurt Husche. (Diss., Berlin 1918.) Der Fall betrifft eine 59jährige Frau, die, an Tabes dorsalis und Herzdekompensation erkrankt, zur Sektion kam. Vor sieben Jahren stellten sich Gehstörungen ein, vor sieben Wochen Atemnot, Angstanfälle und leichte Ohnmachten bei Anstrengungen. Exitus am Tage nach der Einlieferung in das Krankenhaus. Sektionsdiagnose: Gummosis atrii sinistri. Pericarditis gummosa adhaesiva chronica interna et externa. Pericarditis serofibrinosa. Mesaortitis et Atherosclerosis universalis. Aneurysma aortae ascendentis. Mikroskopischer Untersuchungsbefund vom Rücken aus der veränderten Vorhofswand sowie aus der Umgebung der Aortenwurzel.
F. Weiler-Leipzig.

Beiträge zur Serologie und Klinik der kongenitalen Lues, von Elsbeth Haas. (Diss., Freiburg 1917.) Sämtliche Fälle entstammen dem der Behörde für öffentliche Jugendfürsorge angegliederten Hamburger Waisenhaus, dem sie aus irgend welchen äußeren Gründen vorübergehend oder dauernd — bis zur Mündigkeit — überwiesen werden. Das untersuchte Material von 79 Kindern gliedert sich in drei Gruppen: in 34 Fällen handelte es sich um sichere Lues hereditaria mit ausgeprägten spezifischen Symptomen. 19 Kinder stammen von syphilitischen Müttern, sind aber scheinbar gesund; bei der dritten Gruppe von 21 Kindern bestehen keine Anhaltspunkte für Erbsyphilis. Weiter wurden fünf jugendliche Patienten mit erworbener Lues untersucht und wegen ihrer besonders interessanten serologischen Ergebnisse mit angeführt. Eine

Digitized by Google

Übersicht über alle vorgenommenen serologischen Reaktionen und ihre Ergebnisse geben fünf das Gesamtmaterial umfassende Tabellen. F. Weiler-Leipzig.

Ein Fall von intraurethralem Primärsyphilid, von P. A. Clements. (Brit. m. J., 22. Sept. 1917, Nr. 2960.) Ein Soldat meldete sich krank acht Tage nach einem suspekten Beischlaf wegen einer schon mehrere Tage lang bestehenden Urethritis, wobei Gonokokken festgestellt wurden. Dieselbe wurde erfolgreich behandelt, aber sieben Wochen nach der Infektion, als Patient zur Entlassung stand, wurde erneuter Schmerz beim Urinieren gemeldet und das Bestehen einer Verhärtung am Penis. Es bestanden dabei Lymphdrüsenschwellungen in der Leiste und Ödem namentlich der Vorhaut. Einige Tage später wurde die Diagnose durch den Nachweis von mehreren Spirochäten im Urethralsekret definitiv sichergestellt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute syphilitische Meningitis, von S. A. K. Wilson und A. C. E. Gray. (Brit. m. J., 29. Sept. 1917, Nr. 2961.) Nebst einer Besprechung der einschlägigen Literatur mit Erwähnung namentlich der französischen Arbeiten bringen Verff. einen interessanten Bericht über einen einwandfreien Fall bei einem 24jährigen Bureauarbeiter, welcher zunächst als Zerebrospinalmeningitis angesehen wurde. Patient hatte einige Monate zuvor Syphilis akquiriert, war aber sachgemäß behandelt und als geheilt entlassen worden. Hauptsymptome waren unerträgliche Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Brechreiz und Nackensteifigkeit bei normaler Temperatur. Kernig positiv. Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit ergab bei wiederholten Punktionen keine Kokken und ein wechselndes Verhalten in bezug auf die Lymphozyten und polynukleären Zellen. Eine am achten Krankheitstage ausgeführte Untersuchung der Spinalflüssigkeit fiel negativ aus. Am zwanzigsten Krankheitstage wurde jedoch eine deutlich positive Reaktion sowohl im Blute wie in der Spinalflüssigkeit festgestellt. Patient hatte inzwischen fünf Lumbalinjektionen von Antimeningokokkenserum erhalten. Nunmehr wurde antisyphilitisch behandelt, hauptsächlich mit Hg-serum nach Mulford als intrathekale Injektion nebst Inunktionen. Es erfolgte allmähliche Besserung, und nach einem Krankenhausaufenthalt von nicht ganz vier Monaten wurde Patient als geheilt und arbeitsfähig entlassen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Gumma der Sklera, von E. M. Blake und J. E. Lane. (Journ. trop. med. u. hyg., 1. Febr. 1917, Bd. 20, Nr. 3.) Ein 38jähriger Mann kam wegen eines seit zehn Monaten bestehenden und von zwei Augenärzten vergeblich behandelten Tumors am Auge in Behandlung. Das Gewächs saß auf der Sklera, 3 mm vom Rande der Kornea entfernt, war von ovaler Gestalt, etwa 6 mm × 4 mm groß, etwas prominent, von gelblich roter Färbung, von harter Konsistenz, etwas druckempfindlich und mit reichlichen erweiterten Gefäßen besetzt. WR stark positiv. Nach vier Injektionen von Neosalvarsan und einigen Quecksilbereinspritzungen verging die Schwellung im Laufe von etwa acht Wochen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von P. N. Panton und A. M. Simpson. (Brit. m. J., 11. Mai 1918, Nr. 2993.) Im März 1917 kam ein Pat. mit einem frischen Primärulkus in welchem sich zahlreiche Spirochäten fanden, zur Behandlung. Er erhielt drei intravenöse Injektionen von 0,4 Galyl, und nach Beseitigung aller Erscheinungen entzog er sich der weiteren Beobachtung. Im Februar 1918 kam er wieder, zunächst mit herpesartigen Bläschen an der Unterlippe und 14 Tage später mit einem Geschwür an derselben Stelle, in welchem Spirochaeta pallida gefunden wurde. Wassermann negativ. Heilung erfolgte auf intravenöse Injektionen von Novarsenobillon.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute gelbe Leberatrophie bei Syphilis, von N. Raw. (Brit. m. J., 20. April 1918, Nr. 2990.) In einer kurzen Bemerkung sagt R., daß er unter 6000 Obduktionen nur sieben Fälle von akuter gelber Leberatrophie angetroffen habe. Bei allen war eine syphilitische Infektion vor nicht langer Zeit erfolgt. Für einen ätiologischen Zusammenhang mit Salvarsanbehandlung hat er keine Anhaltspunkte beobachtet.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute gelbe Leberatrophie bei Syphilis, von S. McDonald. (Brit. m. J., 19. Jan. 1918, Nr. 2977.) Verf. hat kürzlich eine auffallende Häufung von Fällen dieser Krankheit beobachtet, indem er im Laufe von zwei Monaten fünf solche Fälle zur Obduktion bekam. Es handelte sich bei allen um Kranke, welche wegen frischer Syphilis mit intravenösen Injektionen eines Salvarsanpräparates und mit intramuskulären Einspritzungen von Quecksilber behandelt worden waren. Der Krankheitsverlauf war immer ein außerordentlich rapider gewesen mit intensiver Gelbfärbung, Hämatemese, psychischer Erregung, Koma und tödlichem Ausgang im Laufe von 1—4 Tagen. Neben den ana-

Digitized by Google

tomischen Veränderungen an der Leber war die Untersuchung insofern bemerkenswert, als im Blute sich Mikroorganismen nachweisen und züchten ließen, welche zur Gruppe der kolityphoiden Bazillen zu gehören scheinen. Pathogene Eigenschaften konnten wenigstens bei zwei Kulturen festgestellt werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Lues als ätiologisches Moment bei Augenerkrankungen, von W. Rechel. (Diss., Heidelberg 1918.) In den Jahren 1913—1917 wurden 6109 Augenkranke in der Heidelberger Augenklinik behandelt, darunter 271, bei denen Anamnese oder Untersuchungsbefund auf Lues hinwies. Unter diesen konnte 13mal die Lues ohne Zuhilfenahme der WR diagnostiziert werden. Die übrigen 258 Fälle wurden serologisch untersucht und ergaben in 182 Fällen ein positives, in 10 Fällen ein zweifelhaftes und in 66 Fällen ein negatives Resultat der WR. Unter den 271 Kranken fanden sich: 1mal Tarsitis luetica, 2mal Skleritis, 128mal Keratitis parenchymatosa, 74mal Uvea- und Retinaerkrankungen, 37mal Optikuserkrankungen, 25mal Nervenlähmungen, 4mal zentrale Erkrankungen. Die Erkrankungen waren bei 109 männlichen und 162 weiblichen Personen, jedoch sind die Zahlen nicht zu verwerten, da die Beobachtungen während der Kriegsjahre im Heimatgebiet gemacht und auf Zivilpersonen beschränkt sind. In den 75 Fällen, in denen Kinder lueskrank befunden wurden, und auch in den 64 Fällen von Keratitis parenchymatosa bei Erwachsenen lag eine Lues hereditaria vor. Bei 271 Kranken, also ein Prozentsatz von 51%, hereditäre Lues. Die restlichen 49% sind als akquirierte Lues anzusprechen. F. Weiler-Leipzig.

Zur Symptomatologie seltener Formen der Syphilis des Zentralnervensystems, von Max Helm. (Diss., Rostock 1918; med. Poliklinik, Prof. H. Curschmann.) 1. Fall: Intermittierende, paroxysmale Anfälle von Schlafsucht, Priapismus und Polyurie. 2. Fall: Periphere, einseitige, isolierte Fazialislähmung. 3. Fall: Diplegia nervi facialis. 4. Fall: Kombinierte Konus-Kaudaerkrankung. 5. Fall: Tabischer Pylorospasmus als Ausdruck gastrischer Krisen. 6. Fall: Tabes, die seit 47 Jahren völlig stationär geblieben ist. 7. Fall: Lues cerebrospinalis unter dem Bilde der multiplen Sklerose.
F. Weiler-Leipzig.

Ein Fall von postkonzeptioneller Syphilis, von Erwin Gohrbandt. (Diss., Berlin 1917; Klinik Lesser.) Die Mutter war im 7. Monat der Schwangerschaft syphilitisch infiziert worden. Seit etwa 8 Wochen vor dem Partus hatte sie eine Schwellung der Leistendrüsen bemerkt. Zur Zeit der Geburt war sie ohne Erscheinungen von Lues. Ebenso zeigten sich an dem ausgetragenen, kräftigen Kinde keinerlei syphilitische Erscheinungen. Etwa 8 Tage nach der Geburt zeigte sich bei der Mutter ein makulopapulöses Syphilid. Die Wassermannsche Blutuntersuchung, die in der 4. Woche nach der Geburt angestellt wurde, war stark positiv. Das Kind wurde von der Geburt an bis zum Bekanntwerden der positiven Wassermannschen Reaktion von der Mutter gestillt. Bei ihm war die Blutuntersuchung, die in den auf die Geburt folgenden 7 Wochen 3mal vorgenommen wurde, stets negativ. Etwas über 2 Monate post partum trat bei dem Kind Fieber auf. Die Wassermannsche Blutuntersuchung war stark positiv. 2 Tage später Auftreten manifester Syphiliserscheinungen. Parrotsche Pseudolähmung des linken Armes. Der Arm wird nur wenig und nur unter Schmerzen bewegt. Das distale Ende des Radius aufgetrieben. Hand hängt in Flexionsstellung herab. Unterarm in Pronationsstellung. Das distale Ende des linken Humerus ebenfalls etwas aufgetrieben. An beiden Fußsohlen Psoriasis plantaris. Verf. glaubt eine Infektion intra oder post partum ausschließen zu können, ebenso eine Infektion beim Stillen oder eine Infektion durch die Milch, da das Kind genau auf der Station beobachtet worden war. Die Tatsache, daß die Wassermannsche Blutuntersuchung 3mal negativ war, glaubt Verf. damit erklären zu können, daß es für den Organismus des Neugeborenen schwierig sei, diejenigen Reaktionsstoffe gegen das syphilitische Virus zu produzieren, die eine positive Wassermannsche Reaktion bewirken. F. Weiler-Leipzig.

Fehldiagnosen bei extragenitalen Primärsyphiliden, von M. Pinard. (Presse méd., 1918, Nr. 29.) Bericht über einige einschlägige Fälle: Bei einem Soldaten bestand eine sehr erhebliche Schwellung unterm Kinn, welche als Struma diagnostiziert wurde und operativ entfernt werden sollte. Das Auftreten eines Sekundärausschlages führte zur richtigen Diagnose. Die Eingangspforte fand sich als kleines Geschwür am Kinn. Ein anderer Soldat, ebenfalls mit einem Primärsyphilid am Kinn behaftet, wurde längere Zeit wegen Schluckbeschwerden und Heiserkeit behandelt, ehe das eigentliche Wesen des Leidens erkannt wurde. Ein Fall von Achseldrüsenabszeß, der operativ behandelt worden war, wurde schließlich auf eine angeblich durch Quetschung entstandene, kleine, syphilitisch infizierte Wunde am Finger zurückgeführt. Bei einem anderen

Digitized by Google

Patienten mit makulo-papulöser Syphilis fand sich am Daumen die Eingangspforte. Die Infektion stammte vermutlich von dem Arbeits- und Tischkollegen des Patienten her.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Peritonitis syphilitica, von M. Letulle. (Presse méd., 1918, Nr. 52.) Der als Äußerung einer peritonitischen Reizung entstehende Aszites ist in vielen Fällen auf Leberzirrhose als Grundursache zurückzuführen, und die Zirrhose ist viel häufiger, als im allgemeinen angenommen wird, weniger alkoholischen als vielmehr syphilitischen Ursprungs. Verf. hat es sich zur Regel gemacht, bei jedem Fall von Leberzirrhose die Wassermannsche (oder wie die Franzosen sie vielfach bezeichnen: die Bordet-Wassermannsche) Reaktion auszuführen. Bei einer Beobachtungsserie von 154 Fällen erhielt er 74 mal einen positiven Ausfall. Die daraufhin eingeleitete antisyphilitische Behandlung, bei welcher vorwiegend intravenöse Injektionen namentlich mit Quecksilberbijodid in Anwendung kamen, lieferte sehr befriedigende Resultate. Die anatomischen Veränderungen am syphilitisch erkrankten Peritoneum werden an einigen lehrreichen mikroskopischen Abbildungen erläutert. Makroskopisch fällt am Peritoneum die Verdickung, die weiße Färbung von milchartiger Beschaffenheit und das Vorhandensein von perlmutterartigen und emailartigen Stellen auf. Dabei sind die Gedärme vielfach verdickt und erscheinen gegen die Norm verkürzt und auch sonst verändert. Für weitere Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Einfluß von interkurrenten fieberhaften Krankheiten und von Fieberzuständen, die durch intraglutäale Milchinjektionen hervorgerufen sind, auf den Verlauf der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der kongenitalen, von E. Strückgold-Berlin. (Aus der Kinderklinik der Charité zu Berlin, 1919.) In Übereinstimmung mit zahlreichen anderen Autoren glaubt Verf. einen günstigen Einfluß interkurrenter fieberhafter Erkrankungen auf den Verlauf der — in seinen Fällen kongenitalen — Syphilis feststellen zu können, wenngleich ein großer Teil der Kinder infolge der akuten Infektionskrankheit, besonders an Bronchopneumonien zugrunde ging. Die günstige Einwirkung denkt sich Verf. einmal als einen Kampf zwischen den verschiedenen Bakterienarten und den Spirochäten, wobei diese dann oft unterliegen, andererseits als Wirkung des Fiebers, das die Abwehrkräfte des Körpers mobil macht, den Stoffwechsel steigert und durch die Hitze an sich die Spirochäte schädigt. Die letztere, schon früher oft von anderer Seite ausgesprochene Erwägung, war die Grundlage der mannigfachen Bestrebungen, durch künstliche Temperatursteigerungen eine Beeinflussung der Syphilis herbeizuführen. Diesem Zwecke dienen in neuerer Zeit besonders die intraglutäalen Milchinjektionen, die Verf. bei fünf hereditär-syphilitischen Kindern anwandte. Abgesehen von vorübergehendem Negativwerden der WR konnte ein Einfluß auf die konstitutionelle Syphilis nicht bemerkt werden, so daß jedenfalls infolge der parenteralen Milchinjektion nur eine vorübergehende Zustandsänderung des Serums, vielleicht eine Verschiebung in den Lipoiden des Körpers bewirkt wird. Die spezifische Therapie scheint durch Fieber, gleichviel welcher Provenienz, unterstützt zu werden.

E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die Deutsche Dermatologische Gesellschaft veranstaltet eine Sammelforschung über die Abortivbehandlung der Syphilis. Diejenigen Kollegen, gleichviel ob Mitglieder der D. D. G. oder nicht, welche sich daran durch statistische Verwertung ihres Materials beteiligen wollen, werden gebeten, den Fragebogen von dem Bureau der D. D. G., Breslau, Maxstr. 1, einzufordern. Prof. Kreibich-Prag wird das bis zum 1. Februar 1921 einzusendende Material bearbeiten und darüber auf dem Kongreß der D. D. G. (Pfingsten 1921 in Hamburg) berichten.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Festnummer

P. G. Unna

zu seinem 70. Geburtstage

gewidmet von

Freunden und Schülern

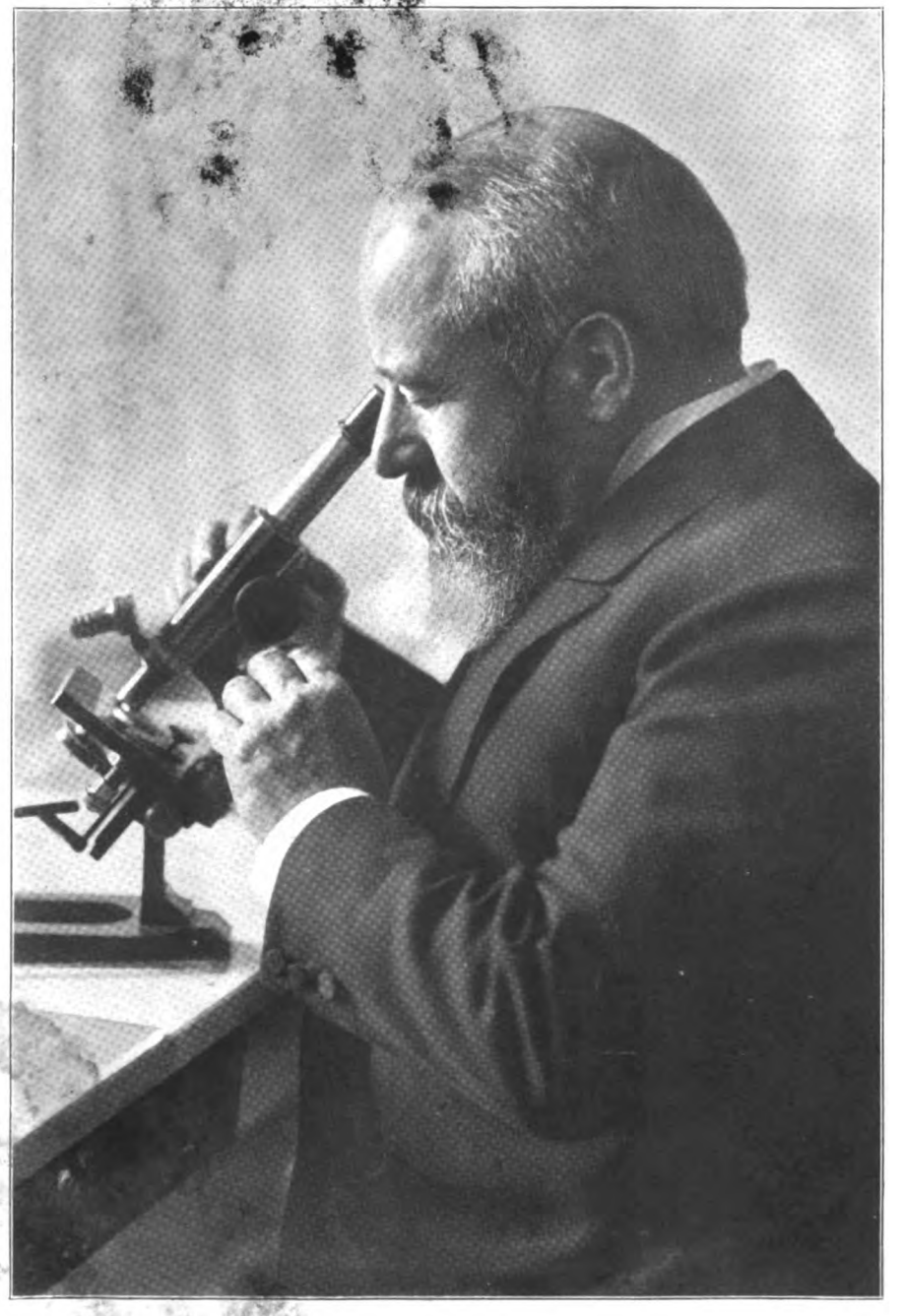
Digitized by Google

Einleitung.

Das vorliegende Heft ist P. G. Unna, dem Begründer dieser Wochenschrift, zu seinem 70. Geburtstag gewidmet. Es soll das wissenschaftliche Lebenswerk des großen Forschers innerhalb der verschiedenen Gebiete, auf welchen er anregend und befruchtend gewirkt hat, zur Darstellung bringen. Da kein einziger seiner Schüler und Freunde ihm in der Universalität seines Geistes zu folgen vermochte, mußte eine Arbeitsteilung vorgenommen werden. Berufene Mitarbeiter schildern in kritischen Aufsätzen, was er für die Gesamtwissenschaft geleistet hat. Möge die Wochenschrift sich noch lange Jahre seiner Führung erfreuen, die uns bisher stets neue Wege gewiesen hat.

Rille, Delbanco, P. Unna jr.

Digitized by Google



P. J. Unna

Digitized by Google

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. September 1920 | Nr. 36 | Band 71

P. G. Unnas Lebenslauf.

Professor Doktor Paul Gerson Unna wurde am 8. September 1850 in Hamburg geboren als Sohn des bekannten praktischen Arztes Dr. Moritz Adolf Unna und seiner Frau Ida geborene Gerson.

Sowohl väterlicherseits wie besonders mütterlicherseits ist er medizinisch erblich belastet. Die Familie Gerson war eine angesehene Ärztefamilie Hamburgs, welche seit dem 17. Jahrhundert fast in jeder Generation einen Arzt hervorbrachte.

Der Großvater Unnas, Dr. Georg Hartogh Gerson, war ein weit über Hamburgs Grenzen hinaus bekannter und geschätzter Chirurg, welcher die Freiheitskriege in Spanien und Belgien mit der deutschen Legion mitgemacht hatte. Lange Jahre war er Vorsitzender des Hamburgischen Ärztevereins und gab selbst zwei ärztliche Hamburger Zeitschriften heraus.

Die Familie Unna stammt aus der Rendsburger Gegend. Die meisten Zweige dieser Familie wanderten jedoch nach den Vereinigten Staaten und England aus.

Der Vater, Moritz Adolf Unna, war praktischer Arzt. Von großer Statur und gewinnendem, einfachem Wesen, verband er mit großer ärztlicher Erfahrung ein goldenes Herz für seine Kranken. Bis in das höchste Alter hinein besuchte er seine Patienten unermüdlich selbst in weitab gelegenen Stadtteilen, und noch lange Jahre nach seinem Tode wußten seine alten Patienten nicht genug seine Kunst und seine Herzensgüte zu rühmen.

Literarisch war der Vater wenig und nur im Anfange seiner Praxis tätig, während er noch bis in sein hohes Alter — er starb 1888 im 75. Lebensjahre — die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft unausgesetzt verfolgte. Außerdem war er ein eifriger Sammler der schönen und philosophischen Literatur und hinterließ eine große Bibliothek philosophischer, historischer und belletristischer Werke, insbesondere der Klassiker aller Länder, unter denen speziell bedeutende Sammlungen von Goethe-, Schiller-, Lessing-, Shakespeare- und Dante-Schriften hervorragen.

Die Mutter, Ida geborene Gerson, die einzige Tochter des berühmten und allseitig verehrten Chirurgen, war eine geistig hervorragende Frau, welche trotz einer früh auftretenden schweren chronischen Erkrankung und obgleich sie lange Jahre an ein schmerzhaftes Krankenlager gefesselt war, es verstand, den Mittelpunkt der Familie zu bilden. Sie korrespondierte mit vielen geistig bedeutenden Menschen ihrer Zeit, war literarisch tätig, dichtete mit Geschick, malte und trieb viele technische Künste. Ähnlich wie die Frau Aja vererbte sie auf ihren Sohn die Frohnatur und Lust zur literarischen Tätigkeit.

Digitized by Google

Die Familie UNNA unterhielt dank der gastfreundlichen und freimütigen Art des Vaters sowie der hervorragenden gesellschaftlichen Talente und Anregungen der Mutter ein reges geselliges Leben. Nicht nur viele einheimische Freunde, sondern auch zahlreiche auswärtige verkehrten in ihrem gastlichen Hause.

Dr. MORITZ UNNA war ein vorzüglicher Violinspieler, und Aufführungen klassischer Trios und Quartette verschönten die wenigen Abende, welche seine bedeutende ärztliche Praxis ihm frei ließ.

Außer einem an Tuberkulose früh verstorbenen Söhnchen hatten die Eltern vier Kinder, Julie, Paul, Adalbert und Georg.

PAUL UNNA besuchte zunächst das Johanneum, die Gelehrtenschule seiner Vaterstadt, eine gänzlich dem Studium der humanistischen Fächer gewidmete Lehranstalt. Diese, von sehr bejahrten Gelehrten in trockenster Weise behandelt, konnten dem jungen UNNA so wenig Befriedigung gewähren, daß er bei dem Direktor des Johanneums, JOHANNES CLASSEN, vorstellig wurde, um auf ein Jahr von der Gelehrtenschule zu der damals von Herrn PAPE geleiteten propolytechnischen Anstalt beurlaubt zu werden. Hier lehrte u. a. SCHLOTKE Mathematik in vorbildlicher Weise und EMIL WOHLWILL Chemie. Nach einjährigem Besuch dieser Privatschule meldete sich UNNA, welcher von der Sekunda des Johanneums abgegangen war, wieder zur Prüfung für die Prima, bestand dieselbe und absolvierte dann das Abiturientenexamen der Gelehrtenschule gemeinschaftlich mit seinen alten Kommilitonen, diese natürlich in naturwissenschaftlicher Vorbildung überragend.

Im Frühjahr 1870 bezog der junge Student die Universität Heidelberg, um Medizin zu studieren. Da brach im Juli der Krieg mit Frankreich aus. Sofort meldete sich UNNA mit Gleichgesinnten als Freiwilliger, wurde als solcher angenommen und zunächst in Hamburg ausgebildet. Nach den Verlusten bei Orleans mit dem Ersatze für das Hamburger Regiment nachgesandt, wurde er bei einem Vorpostengefecht in der Nähe von Le Mans bei dem Dorfe Conneré am Oberschenkel schwer verwundet und zunächst in ein benachbartes Frauenstift gebracht, wo ein älterer französischer Arzt die Kugel entfernte. Sein Vater erfuhr einige Tage später von der Verwundung des Sohnes, und es gelang ihm nach einer Odyssee von Irrfahrten und Mühsalen an das Krankenbett seines Sohnes zu eilen. Es ist wohl nur seiner energisch sofort einsetzenden Pflege zu verdanken, daß trotz sehr starker Blutungen aus der angeschossenen Kruralvene die Lebensgefahr von seinem Sohne abgewendet wurde.

Die ihm als Kriegsinvaliden zufallende Pension verwandte UNNA später zur Stellung dermatologischer Preisaufgaben und zu anderen wissenschaftlichen Zwecken.

Zum Studium nach Heidelberg zurückgekehrt, hatte er anfangs große Schwierigkeiten, mit seinen Altersgenossen, die nicht durch den Krieg in ihrem Studium zurückgekommen waren, gleichen Schritt zu halten, so daß er sogar an seiner geistigen Befähigung zur Medizin zu zweifeln begann. Dieser Umstand war es hauptsächlich, der UNNA veranlaßte, Heidelberg zu verlassen, wo er namentlich durch den alten Anatomen ARNOLD und den Physiologen KÜHNE Förderung erfahren hatte, und 1873 allein die Universität Leipzig zu beziehen, während seine bisherigen

Digitized by Google

Studienfreunde sich alle nach der neu gegründeten Universität Straßburg wandten.

Nach einjährigem angestrengtem Studium in Leipzig schloß sich UNNA wieder seinen Freunden in Straßburg an, wohin nach dem Kriege ROGGENBACH unter der Ägide BISMARCKS eine Reihe der fähigsten Köpfe des jungen Deutschlands berufen hatte, darunter vor allem WALDEYER, v. RECKLINGHAUSEN, HOPPE-SEYLER und SCHMIEDEBERG. WALDEYER übte eine bedeutende Anziehungskraft auf UNNA aus, so daß er sich vornahm, seine Doktorarbeit bei diesem Gelehrten zu machen. Von seinem Vater wiederholt ermahnt, fleißig Materia medica und Therapie zu hören, versuchte UNNA, sich in die damals in glänzender Weise von SCHMIEDEBERG vertretene Pharmakologie einzuarbeiten. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen und Enttäuschungen gab der spätere Meister der Behandlungstechnik dieses Bestreben schließlich auf und wandte sich um so freudiger den exakten Vorwissenschaften der Anatomie, Physiologie und Chemie zu. 1875 promovierte UNNA in Straßburg und meldete sich bald darauf in WALDEYERS Institut, welches sich damals in dem alten Bürgerspital befand, um ein mikroskopisches Thema zur Doktorarbeit zu erhalten. WALDEYER trat ihm freundlich entgegen und bot ihm drei mikroskopische Themen zur Auswahl: 1. Über die Entwicklung der Haut, 2. Über die Regeneration der Nerven und 3. Über die Regeneration der Muskeln nach Durchschneidung. UNNA wählte, ohne sich einen Augenblick zu besinnen, die Bearbeitung des Hautthemas und hatte sich damit für seine spätere Arbeitsrichtung ein für allemal entschieden. Öfter gefragt, wieso er diese Entscheidung so rasch und sicher treffen konnte, pflegte er zu antworten: „Wer an der offen daliegenden Haut nichts lernt, kann über jedes andere Organ noch weniger lernen." In einem Dachstübchen, hoch über dem in frühen Morgenstunden träumenden Straßburg, mit prächtigem Ausblick auf die Rheinebene und Kehl hinaus, arbeitete der junge Mediziner, nachdem er um $5\frac{1}{2}$ Uhr aufgestanden war, unausgesetzt bis zum Mittag am Mikroskop. Im Laufe des Sommers wurde die Arbeit fertig. Sie enthielt eine Fülle von neuen Tatsachen, die größtenteils mit neuen Färbemethoden (Pikrokarmin und Osmiumsäure) gefunden waren.

Nach Hamburg zurückgekehrt, begleitete UNNA seine Mutter, welche sehr erholungsbedürftig war, auf einige Wochen in den Sachsenwald nach Aumühle. Hier erreichte ihn ein Brief WALDEYERS, der ihm schrieb, daß die Arbeit in dieser Form völlig unbrauchbar wäre, er möchte unverzüglich nach Straßburg zurückkommen. Bestürzt reiste er ab. In Straßburg eröffnete ihm WALDEYER, daß nach Ansicht von v. RECKLINGHAUSEN es unstatthaft wäre, auf Grund von Färbereien wissenschaftliche Schlüsse aufzubauen. Wenn er auch nicht dieser Meinung sei, so fehle es doch noch sehr an der notwendigen Begründung, welche sich UNNA angelegen sein lassen müsse. Damit übergab er ihm seine Arbeit, von der er den größten Teil durchstrich.

Nach gründlicher Durcharbeitung und bedeutenden Kürzungen der Arbeit, wurde dieselbe gegen den Widerstand von v. RECKLINGHAUSEN als Doktorarbeit angenommen und im „Archiv für mikroskopische Anatomie" veröffentlicht, und diese anstoßerregende, weil revolutionierende

Digitized by Google

Arbeit machte UNNA als Histologen sehr rasch einen Namen in Deutschland. Die meisten seiner Befunde wurden bald darauf von v. EBNER und RANVIER und später von KÖLLIKER, STÖHR u. a. bestätigt, die wichtigsten fanden Aufnahme in dem Kapitel: Entwicklungsgeschichte und Anatomie der Haut, welches UNNA auf Wunsch von v. ZIEMSSEN für dessen Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie schrieb (erschienen 1883), so beispielsweise die neue Lehre vom Beethaar, die genaue Analyse der Zellschichten der Haarwurzel und der Nagelwurzel.

In dieser letzten Straßburger Zeit entschied sich UNNA endgültig dazu, die Universitätskarriere, welche ihm bis dahin als sein Ziel vorgeschwebt hatte, an den Nagel zu hängen und praktischer Arzt zu werden, sehr zur Freude seines Vaters, welcher sich nach einem Vertreter sehnte.

In Hamburg angekommen, entschloß er sich auf Wunsch des Vaters, welcher der praktischen Ausbildung des Sohnes noch nicht recht traute, im Allgemeinen Krankenhause eine Assistentenstelle anzunehmen. Da diese Stelle bei Dr. ENGEL-REIMERS noch nicht frei war, begab er sich einstweilen auf einige Wochen nach Wien, wo die medizinische Fakultät damals auf dem Gipfel des Ruhmes stand. Da ihm geraten war, sich aus praktischen Gründen in Geburtshilfe und Frauenheilkunde zu vervollkommnen, hörte UNNA zuerst die diesbezüglichen Kollegien, wurde aber durch die Vorträge der beiden Dermatologen HEBRA SEN. und AUSPITZ derartig angeregt, daß er von da ab die Dermatologie zu seinem Lieblingsstudium erwählte.

Während die vollendeten klinischen Demonstrationen der HEBRAschen Klinik und der Poliklinik von KAPOSI einen tiefen Eindruck auf ihn machten, wurden in ihm durch die klaren, kritischen Ausführungen von AUSPITZ Zweifel rege an der genügenden pathologischen Schulung jener hochberühmten Meister der Dermatologie. Andererseits erfuhr zum ersten Male seine anatomische Doktorarbeit in Wien eine allseitige Würdigung. Daher ging er auch sofort auf den Vorschlag von AUSPITZ ein, durch neue mikroskopische Untersuchungen zusammen mit ihm die pathologische Anatomie der Initialsklerose aufzuklären, für welche AUSPITZ das Material bereits seit Jahren gesammelt hatte.

Nach drei Monate langer Arbeit in Wien und kurzem Aufenthalt bei dem Frauenarzt WINCKEL in Dresden, wurde UNNA nach Hamburg zurückgerufen, um bei der Sektion der in Hamburg tagenden Naturforscherversammlung als Sekretär zu fungieren und übernahm darauf im Oktober 1876 die Assistentenstelle im St. Georger Krankenhaus bei ENGEL-REIMERS, welche fünf Abteilungen umfaßte, eine innere, zwei für Syphilis, eine für Puellen und eine kleine für Pockenkranke.

Nach einem sehr arbeitsreichen Jahre, in welchem er viel Praktisches von ENGEL-REIMERS gelernt, von früh bis in die späte Nacht gearbeitet und nebenher noch vier wissenschaftliche Arbeiten für AUSPITZ' Archiv fertiggestellt hatte, verließ er das St. Georger Krankenhaus auf immer, da sein schon genehmigter Übergang auf die unter ERICH MARTINI stehende chirurgische Abteilung von ENGEL-REIMERS im letzten Augenblick vereitelt wurde, ging in die Praxis zurück und bekleidete dann von 1878 bis 1881 eine Stelle als städtischer Untersuchungsarzt.

Digitized by Google

Während der Jahre 1878—84 half UNNA seinem Vater in der Praxis, indem er ihm die schwer zu erreichenden Patienten und alle Nachtvisiten abnahm und durch praktische Beratungen mit seinem Vater diagnostisch, therapeutisch und besonders prognostisch viel Neues hinzulernte. Schon im zweiten Jahre seiner Praxis war diese so einträglich, daß er daran denken konnte, sich zu verheiraten.

Seit 1876 war UNNA verlobt mit ELISABETH FOERSTER, der Tochter des Heidelberger Universitätsbeamten LUDWIG FOERSTER und seiner Frau THERESE, welche er schon während seines ersten Studiumsemesters in Heidelberg kennengelernt hatte. Sie heirateten im Jahre 1879. 1880 wurde als erstes Kind ein Sohn geboren, der den Namen KARL erhielt. Im Laufe der Jahre entsprossen der Ehe noch fünf Kinder: Adolf, Paul, Eugen, Georg Wilhelm und Elisabeth.

Da die Zahl der Patienten ständig wuchs, und unter diesen besonders die Zahl der Hautfälle, so sah sich UNNA genötigt, sein poliklinisches Material von der Sprechstunde zu trennen und nach der Wexstraße zu verlegen. Zu gleicher Zeit reifte in UNNA der Gedanke, eine eigene Klinik zu gründen, den er in kleinstem Stil im Jahre 1881 mit einem Wärter und einer Wirtschafterin, die zugleich Pflegerin war, ausführte.

Im Jahre 1882 begründete UNNA zusammen mit OSKAR LASSAR und HANS HEBRA die Monatshefte für praktische Dermatologie, welche jetzt unter dem Namen „Dermatologische Wochenschrift" von UNNA, RILLE und DELBANCO in Leipzig bei Leopold Voß herausgegeben wird. Es war dies die erste dermatologische Zeitschrift, welche neben der „Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis" von AUSPITZ und PICK erschien und zunächst als eine kritische und praktische Ergänzung dieses Archivs gedacht war. In dieser Zeitschrift sind seit 1882 die meisten Arbeiten von UNNA und seinen Schülern erschienen. Verleger war zuerst UNNAS und LASSARS Freund ERNST MAASS. Nachdem LASSAR und HEBRA ausgeschieden waren, trat UNNAS alter Schüler PAUL TAENZER in die Redaktion der Monatshefte ein und führte bis an seinen Tod in musterhafter Weise den Referatenteil derselben.

Nachdem in den Jahren 1881 und 1882 die Patientenzahl sich so vermehrt hatte, daß die kleine Klinik nicht mehr ausreichte und sie in die Dammtorstraße verlegt werden mußte, waren auch die dort benutzten zwei Stockwerke bald zu klein. Da auch die ambulante Hautpraxis ständig wuchs, reifte in UNNA der Plan, die allgemeine Praxis aufzugeben, „Dermatologe" zu werden, was damals im engeren Deutschland ohne Vorbild war, und die Klinik aus der Stadt hinauszuverlegen. Obgleich dem Vater diese Absicht nicht sehr willkommen war, weil sie ihm die Assistenz und das Zusammenleben mit seinem Sohne raubte und nun seine immer noch beträchtliche Praxis auf einen fremden Nachfolger übergehen mußte, so sah er doch wohl ein, daß die Zukunft seines Sohnes diese Maßnahme gebieterisch verlangte.

1883 wurde für diesen Zweck nach längerem Suchen ein geeignetes parkartiges Grundstück in dem Vororte Eimsbüttel gefunden. 1884 war der Bau der Klinik fertig, und am 1. April 1884 erfolgte der Umzug nach dem neuen Heim. UNNA bewohnte zunächst das Parterre, während die oberen Etagen für die Klinik reserviert waren. Im Laufe der Zeit erwarb

Digitized by Google

er nach und nach die umliegenden, im Gartenhausstil erbauten Häuser nach Bedarf hinzu, so daß die Klinik schließlich aus drei Häusern für Kranke, einem Hause für Assistenten und Laboratorium und einem Privathause bestand.

Für den im Jahre 1884 stattfindenden Kongreß in Kopenhagen, zu dem ihn Professor BERGH in Kopenhagen in gastfreundlichster Weise eingeladen hatte, hatte UNNA zwei Pläne entworfen: 1. die Idee einer dermatologischen Instrumenten-Ausstellung, welche er glücklich ausführte und deren Resultate er in seiner Zeitschrift veröffentlichte, und 2. eine Reise von Kopenhagen nach den norwegischen Leproserien unter der Führung von ARMAUER HANSEN. Besonders die letztere war außerordentlich lehrreich und für alle Teilnehmer genußreich.

In Norwegen befreundete sich UNNA mit den großen norwegischen Dermatologen DANIELSSEN, ARMAUER HANSEN und CAESAR BOECK.

Schon bald nach seiner Rückkehr von Bergen (1885) hatte UNNA Gelegenheit, zum ersten Male eine Lepröse zu behandeln. Die Patientin, eine Deutsche aus Brasilien, wurde mit Pyrogallol mit vortrefflichem Erfolge verhältnismäßig schnell gebessert. Dieser Fall gab Veranlassung zu einem Vortrag, welchen UNNA auf dem im Jahre 1885 stattfindenden Kongresse für innere Medizin in Wiesbaden über Histologie und Therapie der Lepra hielt und in welcher er zu beweisen suchte, daß die Leprazellen, welche VIRCHOW bereits in der vorbakteriellen Zeit beschrieb und von denen NEISSER behauptet hatte, daß sie die spezifischen Zellen der Lepra und von Bazillen angefüllt seien, keine Zellen seien, sondern daß es sich um in Schleim eingebettete Bazillenklumpen handle mit anliegenden atrophischen Bindegewebszellen oder -kernen. NEISSER, der zweite Entdecker des Leprabazillus, legte auf die Deutung der VIRCHOWschen „Leprazellen" als spezifischer Infektionsträger der neu aufgefundenen Bazillen viel Wert und fühlte sich offenbar durch die Darstellung UNNAS gekränkt. UNNA andererseits, welcher damals schon die genaue tinktorielle Definition des Zellprotoplasmas herauszuarbeiten bemüht war, mußte die Verwechslung von Protoplasma mit abgestorbenen Bazillen bekämpfen, wo er sie fand, da sie der richtigen Deutung vieler histologischen Bilder im Wege stand. Da im Verlaufe der sich jahrelang hinziehenden Lepradebatte stets versucht wurde, die Differenz als eine solche über die verschiedene Lagerung der Bazillen, ob außerhalb oder innerhalb von Zellen, zu deuten, so muß immer wieder darauf hingewiesen werden, daß diese Lagerungsfrage für UNNA nie im Vordergrund der Debatte stand, dagegen sehr wohl die irrtümliche Deutung eines pflanzlichen Produkts als einer tierischen Zelle. Abgesehen von dieser ursprünglichen Streitfrage arbeitete UNNA, welchem Lepramaterial aus allen Ländern zufloß, unausgesetzt weiter an der Leprahistologie; Forschungen, welche nach 25 Jahren mit der Methode zum Nachweise abgestorbener Bazillen im Gewebe und mit dem Hefte: Lepra von UNNAS histologischem Atlas abschlossen. Auf diesem festen Grunde ruht die Histopathologie der Lepra noch heute.

1886 richtete Professor WOLF mit Hilfe von UNNA auf der Straßburger Naturforscherversammlung zum ersten Male eine dermatologische Sektion ein, wobei UNNA die Bekanntschaft des Schweizer Arztes LUTZ

Digitized by Google

machte, mit dem er im nächsten Jahre eifrig über Lepra und Bakterienfärbungen im allgemeinen arbeiten sollte. Früchte dieser Arbeit sind die Entdeckung der Kokkothrixform der Lepra- und Tuberkelbazillen von Lutz und die Herausarbeitung einer besonderen Färbemethode, der Pararosanilin-Jod-Methode von Unna, deren weittragende chemische Bedeutung erst heute erkannt ist. Unna zeigte in dieser Arbeit, daß die jodfesten Körner der Lepra- und Tuberkelbazillen, jetzt Much'sche Granula genannt, eine starke Verwandtschaft nur zu den nicht methylierten Pararosanilinen, nicht aber zu den methylierten Rosanilinen haben. Umgekehrt konnte Unna den genialen Schluß ziehen, daß mittels eines Lepraschnittes aus verschiedenen Farben die Pararosaniline herausgesucht werden können. Gegen diese Arbeit wurde dann nicht nur von Neisser ein heftiger Angriff gerichtet, sondern auch der bedeutende Berliner Chemiker N. O. Witt gab eine abfällige Kritik, die aber ebenso wie die Neisser'sche von Unna zurückgewiesen werden konnte. Heute gilt nach Baudisch diese Arbeit als eine sehr frühe Vorwegnahme der so wichtig gewordenen neuen chemischen Theorie der „Sterischen Hinderung".

Auch in den nun folgenden arbeitsreichen Jahren haben Unna vor allem färberische Probleme beschäftigt. Schon bei seiner Doktordissertation hatte er die Erfahrung gemacht, wie viel weiter der Untersucher durch gefärbte Präparate in seiner Erkenntnis gefördert wird als durch ungefärbte Schnitte, und schon damals hatte er aus tinktoriellen Verschiedenheiten chemische und damit biologische Schlüsse gezogen. Er mußte als Student diese Lieblingsidee gegen v. Recklinghausen und Hoppe-Seyler verteidigen. Letzterer, der ihm sehr wohlwollte, faßte seine Opposition in die Worte zusammen: Wir wissen nicht einmal, was die Schwärzung des Gewebes durch Osmiumsäure für eine Bedeutung hat. Als Unna ihm einige Jahre später mitteilte, daß es ihm gelungen sei, die geschwärzten Gewebe durch H_2O_2 unter Auftreten des spezifischen Geruches wieder osmiumfrei zu machen, beeilte sich Hoppe-Seyler, Unna zu schreiben, er sei jetzt davon überzeugt, daß die Schwärzung wirklich von reduzierter Osmiumsäure herrühre.

In den Arbeiten dieser tinktoriellen Periode wird der Grundsatz mit Entschiedenheit durchgeführt, daß alle sogenannten spezifischen Gewebsfärbungen auf einem chemischen Umsetzungsprozeß zwischen Farben und Gewebselementen beruhen, ein in damaliger Zeit noch sehr revolutionärer Gedanke. Ja, Unna ging in seiner Idee über Färbung so weit, in derselben eine Art chemischer Analyse des Gewebes zu sehen. Diese Idee der 80er und 90er Jahre wurde schließlich konsequent durchgeführt in der durchaus auf chemischer Grundlage aufgebauten Methode der Chromolyse zur chemischen Analyse des Gewebes (1913).

Durch diese bedeutenden Arbeiten und vielleicht auch infolge der heftigen gegen Unna einsetzenden literarischen Fehde begann der wissenschaftliche Ruf Unnas unter den Kollegen im Auslande, insbesondere in England und Amerika sich immer mehr zu heben. Im Frühjahr 1887 gelangte von England aus an Unna die Aufforderung zu einem Vortrage in der in Dublin tagenden British Medical Association und gleichzeitig von Washington die Anregung, beim Internationalen medizinischen Kongreß in der Eröffnungssitzung die Rede für die deutsche Wissenschaft zu halten.

Digitized by Google

In England wurde UNNA von den Vertretern der damals jüngeren englischen Schule MALCOLM MORRIS, PRINGLE, COLCOTT FOX, JAMIESON, MC CALL ANDERSON, WALTER SMITH und BROOKE in herzlicher Gastfreundschaft aufgenommen. Mit dieser Gruppe von Dermatologen, welche sich um MALCOLM MORRIS scharte, verband UNNA fortan eine dauernde Freundschaft, so daß er fast in jedem Jahre aufgefordert wurde, in der British Medical Association sich an der Sektion für Dermatologie zu beteiligen.

Von Dublin aus begab sich dann UNNA (1887) nach New York, von wo aus er mit seinem Schwager Dr. FRANZ FOERSTER zunächst den Niagarafällen und den Tausend Inseln einen Besuch abstattete, um sich von den Strapazen der Reise zu erholen. Sodann hielt er einen Vortrag auf dem Kongresse der amerikanischen Dermatologen in Baltimore über Therapie der Lepra, wobei er zum ersten Male die Formeln für seine Unguenta composita vortrug. Von allen Dermatologen in Amerika machte auf UNNA den größten Eindruck die Persönlichkeit von L. A. DUHRING, eines geborenen Schweizers, eines scharfen Denkers von umfassenden Kenntnissen, dem UNNA seine Ideen über das kürzlich von ihm aufgestellte seborrhoische Ekzem persönlich vortrug, schon ehe er dieselben in der Sektion für Dermatologie auf der American Medical Association mitteilte. DUHRING sprach sich darüber sehr befriedigt aus und hielt sie für einen bedeutenden Fortschritt in der Ekzemlehre. Dieser Ausspruch stützte UNNA später bei den heftigen Angriffen, die das seborrhoische Ekzem von seiten deutscher Forscher zu erleiden hatte.

In der allgemeinen Sitzung bei der Eröffnung des Internationalen Kongresses hielt UNNA sodann seinen Vortrag über das Verhältnis der Dermatologie zur Gesamtmedizin, welcher mit lebhaftem Beifall aufgenommen wurde. In dieser Rede wies UNNA prophezeiend auf die Erleuchtung hin, welche der Gesamtmedizin aus dem Studium der Hautkrankheiten zugute kommen werde.

Kurz vor seiner Abreise hatte UNNA Gelegenheit, eine der bekanntesten Damen Amerikas, Mrs. A., zu behandeln, was auf manche der späteren Ereignisse von erheblichem Einflusse war.

In Hamburg fand UNNA die Klinik unter der treuen Obhut seines Assistenten PAUL TAENZER aufs beste aufgehoben.

Bald nach seiner Rückkehr vergrößerte UNNA sein Laboratorium, dem später der Name Dermatologikum beigelegt wurde. In diesem Laboratorium wurde eine große Anzahl von Schülern ausgebildet. Seit 1888 wurden dort auch wissenschaftliche Vorlesungen und spezielle Kurse für praktische Ärzte und Dermatologen abgehalten. In diesem Institut zog er sich auch jene Präparatoren heran, welche er für seine großen histopathologischen Arbeiten so nötig brauchte. Zuerst den Zeichner COLHOUN, welcher später nach England zu MALCOLM MORRIS übersiedelte und die UNNAschen Methoden in England bekannt machte, dann den früheren Malergehilfen und später ausgezeichneten Farbtechniker WILHELM KRÜGER, welcher bis an seinen Tod UNNA treulich bei Ausarbeitung aller seiner Methoden half.

Im Jahre 1888 kam Mrs. A. nach Europa und forderte bei ihrem Abschiede UNNA auf, sie nach Paris zu begleiten und während einiger

Digitized by Google

Wochen sie dort zu beraten. UNNA folgte sehr gern diesem Rufe, der ihm gestattete, die berühmte Pariser Schule gründlich kennenzulernen. Die Frucht dieser Studien sind die „Pariser Briefe" in den Mon. f. prakt. Derm., die auch jetzt noch mit Nutzen zu lesen sind. Einen besonderen Genuß verursachte ihm das Museum im Hospital St. Louis. Seine begeisterte Schilderung von der Naturwahrheit der BARETTAschen Moulagen zog in den nächsten Jahren viele deutsche Dermatologen nach Paris.

Von den französischen Gelehrten wurde UNNA aufs liebenswürdigste aufgenommen. Besonders der alte BESNIER nahm sich des jungen Deutschen aufs freundlichste an und gab ihm in seinem Hause eine Gesellschaft, zu der alle hervorragenden Dermatologen von Paris eingeladen wurden, die er ihm als die „dermatologische Familie von Paris" vorstellte. Nähere Freundschaft schloß UNNA mit DARIER, HALLOPEAU, und auf einem Abstecher nach Lille mit LELOIR, welcher UNNA schon früher in Hamburg aufgesucht hatte.

Angeregt durch seine auf dieser Reise gewonnenen Eindrücke begründete UNNA zusammen mit MALCOLM MORRIS, LELOIR und DUHRING den „Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten", der eine Reihe von noch nicht beschriebenen Hautkrankheiten in vorzüglichen Abbildungen wiedergab.

Im Jahre 1889 wandte der damals in Göttingen lehrende Pathologe ORTH sich an UNNA und forderte ihn auf, die Hautabteilung seines Lehrbuches der pathologischen Anatomie zu bearbeiten. UNNA sagte nur widerstrebend zu, da er sich bewußt war, daß er die ganze Pathologie der Haut von Grund auf neu schaffen müsse. Selbst mit Arbeiten überhäuft, Leiter einer mit schweren Hautkrankheiten gefüllten Privatklinik und Poliklinik, sowie mit einer großen Praxis belastet, sah UNNA ein, daß er diese Riesenarbeit nur bewältigen könne, wenn er seine ganze Kraft darauf konzentrierte. Glücklicherweise hatte UNNA seit Eröffnung seines Lehrinstitutes ständig eine Reihe von vorzüglichen Mitarbeitern und Assistenten; früher war es PAUL TAENZER, jetzt LEO LEISTIKOW, welcher ihn in der Praxis und in der Klinik unterstützte. Dadurch, daß er LEISTIKOW als Teilnehmer in seine Praxis hineinnahm und dieser ihn auch in der Klinik weitgehend vertrat, gelang es ihm, die nötige Arbeitszeit für die Histopathologie zu erübrigen. Das Material mußte er sich mühsam verschaffen, teils durch die Klinik und Poliklinik, teils von der Leiche oder Operationen, und in dieser Hinsicht wurde er von den Hamburger Pathologen EUGEN FRAENKEL und SIMMONDS, sowie den Chirurgen LAUENSTEIN und SICK in Hamburg und VON ESMARCH in Kiel tatkräftig unterstützt. Fünf lange Jahre voll mühevollster Arbeit vergingen, bis das große und durchweg originelle Werk fertig war. Außer dem Lehrbuch von GUSTAV SIMON existierte bis dahin überhaupt keine Bearbeitung der Hautpathologie. Meistens mußte er die histologische Methodik zur Erforschung der Hautkrankheiten erst gänzlich neu schaffen. Insbesondere gilt dies von den tinktoriellen Methoden.

Fast zu gleicher Zeit aber erschienen aus UNNAS Klinik auch eine ganze Reihe von Arbeiten über Klinik und Therapie. Es war eine Hochflut von Arbeit und Erfolgen. Gewöhnlich arbeitete UNNA schreibend

Digitized by Google

und am Mikroskop bis in die späte Nacht hinein, um nach einer kurzen Ruhepause schon früh wieder ans Werk zu gehen.

Seit 1888 beschäftigte sich UNNA und ebenso seine Schüler v. SEHLEN und TOMMASOLI mit Bakteriologie, die er in gleicher Weise wie die Anatomie und Pathologie der Haut von Grund auf zu bearbeiten gedachte. Auch hier ging er selbständig vor und suchte die neuen von KOCH gefundenen Tatsachen über die Tuberkelbazillen und das Tuberkulin für die Dermatologie zu verwerten.

Den großen Wert des Tuberkulins auch als Heilmittel begriff er sofort, warnte aber von Anfang an vor dessen Überschätzung. Als VIRCHOW dann bald darauf das Tuberkulin diskreditierte, war er einer der wenigen, welche dieses Heilmittel nicht aufgaben, sondern es in verständiger Weise weiter verwandten.

Nach seinen Erfolgen mit der örtlichen Leprabehandlung verfolgte er nun auch mit besonderer Energie die örtliche Bekämpfung des Lupus, den er lange vor der Strahlenära für heilbar erklärte und für dessen Heilung er eine große Reihe origineller Methoden erdachte.

Die Histopathologie beschäftigte ihn inzwischen unausgesetzt weiter. Sein großes Werk im ORTHschen Lehrbuche war wiederum nicht der Schlußstein, sondern das Fundament, auf dem sich zahlreiche neue Arbeiten und Probleme aufbauten. Diese schlossen sich naturgemäß an die neu erfundenen Färbemethoden an, die zur Abfassung der Histopathologie gedient hatten und wurden jetzt in ununterbochener Folge veröffentlicht.

Eine der hauptsächlichsten Früchte dieser Studien waren bekanntlich die Plasmazellen. Sie wurden 1891 von UNNA entdeckt, 1894 in seiner Histopathologie der Haut als allgemeiner Baustein aller chronischen Entzündungen und entzündlichen Neubildungen erkannt. Sie haben trotz der anfänglichen Zweifel von seiten der NEISSERschen Schule sich allmählich in allen Kapiteln der Pathologie als wesentliches Formelement eingebürgert. Am längsten bestritten wurde die Herkunft der Plasmazellen. UNNAS Gegner erklärten sie zunächst für ausgewanderte Leukozyten, später für Lymphozyten, und als diese Stellung nicht mehr haltbar war, für sogenannte Gewebslymphozyten — eine Auffassung, die sich der UNNAschen, daß es sich um Abkömmlinge der verschiedensten Bindegewebszellen handelt, schon stark nähert. Als es UNNA später gelang, auch die Chemie der Plasmazelle aufzuklären und das Granoplasma derselben chemisch als eine spezifische Zellalbumose zu erkennen, schwieg die anfängliche Polemik in dieser zweiten großen Streitfrage gänzlich. Die Plasmazelle ist heute eine der bestbekannten Zellenarten überhaupt. Den letzten Baustein dazu brachte UNNA selbst herbei durch den Nachweis, daß das Granoplasma überall, sowohl in den Plasmazellen wie in Nisslkörpern der Ganglienzellen die biologische Funktion der Sauerstoffspeicherung besitzt.

In dem sehr wertvollen Histologischen Atlas zur Pathologie der Haut, der von 1897 bis 1910 in neun Tafelheften erschien, bildet die Entstehung und die Degeneration der Plasmazellen ein besonderes Heft.

Noch in einer dritten Frage, welche UNNA bereits seit 1881 lebhaft studiert hatte, dem Fettgehalt der Knäueldrüsen, verhielt sich die NEISSERsche Schule ablehnend, auf dem 4. Kongreß der Deutschen Der-

Digitized by Google

matologischen Gesellschaft sogar gestützt durch die Autorität des Chemikers LIEBREICH. Aber auch bei diesem Streitobjekt drang UNNA schließlich mit seiner Ansicht durch (1898) und hatte noch das Glück, durch Gewinnung sämtlicher Hautfette im großen und Analyse derselben auf spektroskopischem Wege sogar genauer die Unterschiede der verschiedenen Hautfette (Talg, Knäuelfett, Oberhautfett) klarlegen zu können (1909). Auch dieses Thema wurde durch eine neue Arbeit von UNNA mit der Aufklärung des Verhältnisses des Knäueldrüsensekrets zum Sauerstoff abgeschlossen. Die ungesättigte Ölsäure wurde als Sauerstoffaktivator erkannt und die Knäueldrüse selbst als ein hervorragender Sauerstoffort.

So endeten diese drei Streitfragen mit einer Bestätigung von UNNAS Anschauungen, die den Weg zu weiterem friedlichen Fortschritt gebahnt haben.

Blicken wir heute zurück auf jene mit wissenschaftlichen Kämpfen ausgefüllten Jahrzehnte in UNNAS Leben, so ist wohl das überraschendste die Ruhe, mit welcher trotz der fast allseitigen Gegnerschaft UNNA unbeirrt seinen Weg verfolgte. Er begnügte sich mit der Zustimmung und dem Beifall der für ihn maßgebenden unter seinen dermatologischen Zeitgenossen, die besonders im Auslande in immer größerer Zahl auf seine Seite traten. Seine Gegner nannte er nur gelegentlich humoristisch „meine geehrten Herren Nacharbeiter". Denn der Hauptvorwurf, den man immer wieder gegen ihn erhob, war der, daß er diese Polemiken nicht ernst genug nahm. Nachdem er in jeder Frage sich einmal genügend deutlich ausgesprochen zu haben glaubte, schwieg er in derselben von da ab hartnäckig. Sein Geist trieb ihn eben dazu, ruhig fortzuarbeiten, und weil er sich selbst nie Genüge tat, so war er zur Verwunderung seiner Gegner, wenn diese ein altes Thema wieder auffrischten, bereits in einem weit vorgeschrittenen Arbeitsfelde tätig. Die Zeit arbeitete und antwortete auch für ihn.

Im Jahre 1897 war wieder ein Kongreß, nämlich die erste Leprakonferenz, welche unter dem Einfluß von LASSAR von KIRCHNER nach Berlin einberufen war. Obgleich UNNA mit seiner ganzen Persönlichkeit sich gegen das Dogma von der starken Infektiosität und der Unheilbarkeit dieser Krankheit einsetzte, gelang es ihm hier dennoch nicht, sich durchzusetzen.

Das nächste Jahr brachte gewissermaßen als Abschluß seiner anatomischen, histopathologischen und bakteriologischen Untersuchungen ein Hauptwerk UNNAS über Therapie, die „Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten", ein reifes, von Therapie und Praxis gleich durchtränktes Buch. EULENBURG war es, welcher UNNA zur Mitarbeit an seinem großen Sammelwerk über allgemeine Therapie aufforderte. Der Zeitraum bis zur Ablieferung war kurz bemessen, und erst vier Wochen vor dem Moskauer internationalen Kongreß konnte UNNA sich soweit freimachen, daß er mit Zuhilfenahme der Nächte in dieser kurzen Zeitspanne, die auch für ihn gänzlich neue Arbeit in einem Zuge hinschrieb. Dadurch erscheint dieselbe wie aus einem Gusse, obwohl sie aus lauter einzelnen, eigenen, den Gebieten der Anatomie, Physiologie, Physik und Chemie und der Praxis angehörigen Versuchen hier zum ersten Male zusammengefaßt wurde.

Digitized by Google

Angeregt durch die Angriffe, welche von seinen Gegnern gegen seine parasitäre Theorie des Ekzems erhoben wurden, beschäftigte sich UNNA in den nächsten Jahren mit der Frage der Klassifikation der Kokken überhaupt und insbesondere der Ekzemkokken. Auch auf diesem neuen Gebiete ging UNNA ganz seine eigenen Wege, indem er neue Färbemethoden zur genaueren Charakterisierung der Kokken herbeizog. Das von ihm auf diese Weise geschaffene System der Kokken ist bis jetzt noch ohne Einfluß auf die Bakteriologie und speziell auf die Parasitenlehre der Haut geblieben. Es steht heute noch isoliert da, wird aber von UNNA deswegen noch keineswegs aufgegeben, sondern wartet auf eine mit sicheren Hilfsmitteln weiterarbeitende Zukunft.

Höchst erfolgreich waren dagegen die historischen Studien über den Ekzembegriff, welche UNNA zunächst unternahm, um sich den Widerstand zu erklären, auf den seine Einführung des seborrhoischen Ekzems vielerwärts gestoßen war. Einer Aufforderung zu einem Vortrage über Ekzem in der Dermatological Society of Great Britain and Ireland (1902) entsprach UNNA mit einer Rede über „Die Geschichte des Ekzems in England im neunzehnten Jahrhundert". Das Hauptresultat, der Nachweis, daß das WILLANsche Ekzem, eine künstliche Bläschendermatitis, mit unserem heutigen, aus Frankreich stammenden chronischen Ekzem RAYERS nichts zu tun hat und nicht verwechselt werden darf, wurde mit solchem Beifall von den hervorragendsten englischen Kollegen aufgenommen, daß seitdem gerade in England der Willanismus in der Ekzemfrage überwunden ist. Dieser Erfolg veranlaßte UNNA, als er, der Aufforderung von MRACEK folgend, das Ekzemkapitel in dessen Handbuch zu verfassen hatte, die Geschichte des Ekzembegriffs noch ausführlicher zu bearbeiten und damit die Schwierigkeiten zu beseitigen, die bis dahin der Einführung des seborrhoischen Ekzems im Wege gestanden hatten.

Im Anfang des neuen Jahrhunderts war allmählich die Bedeutung der großen Arbeiten UNNAS im Auslande allgemein anerkannt, und von dort aus hatte der Ruf UNNAS sich auch in Deutschland verbreitet; zuerst beim Publikum und den praktischen Ärzten, später auch bei den Vertretern der Fachdisziplin. Von fern und nah strömten junge Kollegen nach Hamburg, um bei UNNA zu lernen, obgleich Hamburg nicht Universität war, noch UNNA eine staatliche Krankenhausstelle innehatte. Die einzige Abteilung für Hautkranke mit ca. 400 Betten war in der Hand des Internisten und Syphilidologen ENGEL-REIMERS.

Schon ehe jemand an die Gründung einer Universität in Hamburg ernstlich dachte, richtete UNNA 1900 aus eigener Kraft und mit Hilfe seiner Mitarbeiter und Schüler in seinem Laboratorium dreiwöchige theoretisch-praktische Kurse für Hautkrankheiten ein. Diese Kurse wurden mehrere Jahre hindurch im Frühjahr und Herbst abgehalten und erstreckten sich auf alle Zweige der Dermatologie. Es war also gewissermaßen eine Dermatologen-Hochschule. Gelesen wurde über Klinik, Anatomie, Histopathologie der Haut, Bakteriologie, Mykologie, Pharmakologie, Chemie, Photographie und Histotechnik. Die Kurse wurden von älteren praktischen Ärzten und zahlreichen Spezialkollegen besucht. Schon bei Eröffnung derselben 1901 konnte UNNA stolz auf eine bereits

Digitized by Google

15jährige Lehrtätigkeit zurückblicken. Von seinen Schülern saßen eine große Anzahl im Auslande auf akademischen Lehrstühlen. Diese Kurse wurden erst aufgegeben, als Unna sich, auf dringende Aufforderung von Professor Rumpf hin, als Dozent den Eppendorfer Ärztekursen anschloß.

In den letzten Jahren gewannen die Laboratoriumsarbeiten von Unna eine ganz bestimmte, ihm allein eigentümliche Richtung, nämlich die Verbindung von Makrochemie und Mikrochemie. Nachdem er 1906 einen tüchtigen Chemiker, Herrn Dr. Golodetz angestellt hatte, begann er zunächst die noch immer im Unklaren liegende Chemie der für die Dermatologie so wichtigen Hornsubstanzen makrochemisch aufzuklären und kam auf das jetzt auch chemischerseits anerkannte Resultat, daß die Hornzelle außer zwei verschiedenen echten Keratinen noch sehr viel abgebautes Keratin enthält, die Hornalbumosen, deren Anwesenheit nicht nur für die Histologie und Histopathologie der Haut, sondern auch für die Erklärung der Wirkung unserer Medikamente sehr wichtig ist. In ähnlicher Weise analysierte er mit dem Chemiker Dr. Lifschütz die Wirkung der Wollfette, beseitigte die irrtümliche Ansicht, daß die menschliche Haut Lanolin enthalte, gab die Anregung zu einer neuen, für die Praxis sehr wertvollen, wasserhaltigen Wollfettsalbe, dem Eucerin, und förderte das Verständnis der wasserhaltigen Kühlsalben im allgemeinen. Dann zur Mikrochemie übergehend, lehrte er mit Golodetz die Verteilung des Cholesterins in der unverhornten Oberhaut mittels einer neuen Färbemethode kennen und zeigte, daß die Hälfte desselben in der Hornschicht in Cholesterinester umgewandelt wird. Unter weitgehender Benutzung spektroskopischer Methoden gelang es ihm dann, die Chemie und Verteilung aller Hautfette aufzuklären und ihre Trennung in die zwei Hauptgruppen der Zellfette und Sekretfette zum ersten Male durchzuführen. In den isolierten Zellen der Vernix caseosa fand er ein Objekt, an welchem das gegenseitige Verhältnis von Horneiweiß und Hornfett sich gut und leicht studieren läßt.

Doch nun folgten zwei Entdeckungen, welche die folgenden Arbeiten ganz auf das Gebiet der Mikrochemie hinüberführten. Die erste war die höchst überraschende Entdeckung der allgemeinen Zellalbumose, von Unna Cytose genannt, deren färberischen Eigenschaften wir die prächtigen und lehrreichen Bilder mittels der Pappenheim-Unna-Färbung zuzuschreiben haben. Man ahnte bis dahin nicht, daß diese hervorragend instruktiven Bilder nur einem wasserlöslichen Abbauprodukt des Zellleibes ihr Dasein verdanken. Unna gewann die Cytose im großen und konnte dadurch zum ersten Male einen konstanten Bestandteil aller Zellen makrochemisch auf seine Eigenschaften prüfen. Dieses war im Jahre 1913.

Schon zwei Jahre früher war ihm eine Entdeckung von ähnlicher Tragweite gelungen. Aufgefordert, zu der Festschrift von Waldeyer einen Beitrag zu liefern, entsann er sich eines gelegentlichen mikroskopischen Fundes, daß nämlich an Schnitten der Oberhaut, die in einer Lösung von Kalipermanganat gelegen, die Kerne merkwürdig hell aus dem mangangebräunten Protoplasma hervorsehen. Er griff diesen Befund auf und studierte ihn näher: es war der Grundstein seiner ganzen späteren Lehre von den Sauerstofforten und Reduktionsorten der Gewebe. Zu der Permanganatlösung, welche uns die Reduktionsorte

Digitized by Google

kennen lehrt, gesellte sich bald ein ebenso feines Reagens auf Sauerstoffüberschuß, das Rongalitweiß, und ausgerüstet mit diesen beiden neuen Reagentien, begann UNNA die systematische Durchforschung zunächst der Haut, dann auch aller übrigen Gewebe. Das Sauerstoffbedürfnis des letzteren, welches EHRLICH früher makroskopisch mit ähnlichen Reagentien zu klären versucht hatte, lehrte uns UNNA nun mittels des Mikroskops bis in alle Einzelheiten zu verfolgen, und wir erhielten zum ersten Male einen genauen und überraschenden Einblick in die Sauerstoffverteilung und den Sauerstoffwechsel der Zellen und Interzellularsubstanzen.

Diese Sauerstoffreagentien zusammen mit der systematisch zur Methode der Chromolyse ausgearbeiteten mikro-makrochemischen Analyse der Gewebe mittels Färbungs- und Lösungsversuchen, die sich zuerst bei der Cytose bewährt hatte, setzte UNNA 1913 in den Stand, der Aufforderung von OPPENHEIMER zu folgen, welcher von ihm für den Ergänzungsband seines biochemischen Handbuches eine Biochemie der Haut wünschte. Dieselbe erschien auch für sich allein als ein kleines Bändchen, welches UNNA seinen verehrten alten Freunden ERNST HAECKEL, dem großen Biologen, und WILHELM OSTWALD, dem großen Chemiker, widmete.

Es versteht sich von selbst, daß mit diesen reformatorisch wirkenden Arbeiten eine Flut von neuen Problemen sich zeigten, die zum Teil weit hinaus gingen über die ursprünglich beschränkten Grenzen der Dermatologie. Die ganze jetzige Arbeitsrichtung des Dermatologikums von UNNA ist mithin in den letzten zwölf Jahren über die Ziele, die sich UNNA in den ersten beiden Jahrzehnten stellte, hinausgewachsen und dadurch das Dermatologikum zu einem biochemischen Institute geworden, als dessen augenblickliche Richtung die so fruchtbare Histochemie auf mikroskopischer Grundlage bezeichnet werden kann[1]).

Daß es so kommen würde und UNNA, von dem Felde der Dermatologie ausgehend, schließlich auf dem Felde der Biologie landen mußte, ist für den Kenner seiner Arbeiten nicht wunderbar. Denn der „biologische Gedanke" zieht sich durch alle seine Arbeiten von der frühesten Zeit an hindurch, die Ergründung der gegenseitigen Wirkung und Beeinflussung aller anatomischen Elemente unter sich und unserer therapeutischen Mittel auf dieselben. Daher das unablässige, zielbewußte Studium der Anatomie, Physiologie und Pathologie, der Physik, Chemie und Technik, welches von manchen Fachkollegen als Überfluß und Abschweifung angesehen wurde. Für UNNA war es die Hauptsache. Er bemühte sich, allen Phänomenen auf den Grund zu kommen. So sehen wir denn UNNA auch als Mitbegründer der im Jahre 1895 vom ärztlichen Vereine selbständig abgezweigten Biologischen Gesellschaft, deren außergewöhnlich freies und weitherziges Statut UNNA ausgearbeitet hatte. Der erste seiner Schüler, welcher diese besondere Richtung von UNNAS Arbeiten in beredter Weise zum Ausdruck brachte, war IWAN BLOCH, ursprünglich

[1]) Einen vorläufigen Abschluß erlangten diese UNNAschen Arbeiten biologischer Richtung in zwei größeren Kapiteln: „Sauerstoff- und Reduktionsorte" und „Chromolyse", in dem neuen Handbuch der biologischen Methoden von ABDERHALDEN.

Digitized by Google

medizinischer Historiker, welchen das Studium der Unnaschen Werke zur Dermatologie hinübergezogen hatte. Während das Lehrbuch von Unnas älterem Schüler Leistikow die Lehren seines Meisters mit denen der anderen Schulen zu einem einheitlichen Werke zu vereinigen gesucht hatte, gab Bloch im Jahre 1908 ein Lehrbuch heraus: „Die Praxis der Hautkrankheiten" mit dem Untertitel: „Unnas Lehren für Studierende und Ärzte", in welchem er die „Erleuchtung der dermatologischen Praxis" durch die Biologie der Haut als das Wesentliche und Auszeichnende in Unnas Arbeiten findet und wiedergibt.

Die Fülle pharmakologischer und pharmazeutischer Arbeiten von Unna, die wesentlich umgestaltend auf unsere Praxis der Hautkrankheiten gewirkt haben, macht es notwendig, kurz auf sein Verhältnis zu den Pharmazeuten einzugehen, welches auch ein ganz besonderes gewesen ist. Die Pharmakologie der Hochschulen, welche noch heute sich nur sehr wenig mit der Hauttherapie wissenschaftlich beschäftigt hat, konnte ihm von Anfang an bei seinen Reformbestrebungen nichts bieten. Er wandte sich daher in frühester Zeit an den Altmeister der Pharmazie, Hager, welcher ihm auch noch eine kurze Zeit, bis zu seinem Tode, wertvolle praktische Hinweise gab, wie z. B. die sinnreiche Quecksilberoxydreaktion zum Nachweis der Reduktionskraft ätherischer Öle, welche Unna mit Recht im Verdacht hatte, unsere gefärbten Bazillenpräparate im Balsam zu entfärben.

Zur Konstruktion seiner Salbenmulle und Pflastermulle wandte er sich dann 1879 an den ausgezeichneten Apotheker Paul Beiersdorf, alle Sonntagnachmittage mit ihm in der Apotheke arbeitend, bis 1881 endlich diese pharmazeutischen Kunstwerke zu beider Zufriedenheit hergestellt waren. Einige Jahre später begann auch Dr. Mielck sen. in ähnlicher Weise mit Unna zu arbeiten, eine Tätigkeit, aus der u. a. die keratinierten Pillen und das Gelanth hervorgegangen sind. War schon das Verhältnis von Unna zu Beiersdorf ein vollständig freundschaftlich uneigennütziges, nur der Wissenschaft geweihtes, so auch das mit Dr. Mielck, und mehr noch, Unna wußte diese beiden geistig bedeutenden Apotheker, ihrem Beruf nach Konkurrenten, zu einem vorbildlich uneigennützigen Zusammenarbeiten zu veranlassen, lediglich im Interesse der Förderung der Dermatotherapie. Als die Beiersdorfsche Fabrik in die Hände von Dr. Troplowitz (Firma Beiersdorf & Co.) überging, stellte Unna auf dessen Bitte wiederum seine ganze Kraft dieser Firma in uneigennützigster Weise zur Verfügung. Ihr mächtiges Aufblühen zu einer Weltfirma ist allbekannt, wenige aber nur wissen, daß die erste kontraktliche Bedingung dieses Zusammenarbeitens lautete, daß niemals in irgend einer Weise die Firma versuchen dürfte, Unna für seine geistige Arbeit in irgend einer Weise entschädigen zu wollen. Ein gleich idealer Kontrakt verband Unna, nachdem er das Ichthyol in die Wissenschaft eingeführt hatte, mit der bald darauf gegründeten Ichthyolgesellschaft, ja, sogar mit den großen Weltfirmen, wie Bayer & Co., Elberfeld. Die einzige Gegenleistung, die Unna sich stets ausbat und mit Freuden erhielt, war die unentgeltliche Herstellung und Lieferung aller von ihm gewünschten pharmazeutischen Substanzen und Präparate. So war es ihm dann beispielsweise möglich, in seiner Cignolinarbeit

Digitized by Google

14 reine Produkte aus der Anthrazengruppe zu vergleichen und das wahre Wesen und die therapeutische Wirkung des Chrysarobins und Cignolins aus ihnen zu erschließen.

Nicht minder fruchtbar war für UNNA der wissenschaftliche Verkehr mit so bedeutenden Chemikern wie WILHELM und WOLFGANG OSTWALD, und mit EMIL FISCHER noch in den letzten Lebensjahren dieses großen Meisters, sowie mit dem großen nordischen Physikochemiker SVANTE ARRHENIUS. EMIL FISCHER pflegte UNNA jedesmal, wenn er in Berlin war, zu einem interessanten Plauderstündchen einzuladen, bei welcher Gelegenheit er ihm auch als der erste sein Erstaunen und seine Befriedigung über die „Biochemie der Haut" mit den Worten ausdrückte: Er habe nie gedacht, daß man durch bloße Färbung so viel herausbekommen könne.

Im Jahre 1907 verlieh der Senat UNNA den Titel eines Professors, eine Auszeichnung, welche in Hamburg zum ersten Male einem praktischen Arzte, der kein staatlicher Beamter war, gegeben wurde. Als ein von republikanischem Stolz beseelter, echter Hamburger, war UNNA der Professortitel an sich vollkommen gleichgültig, und er wurde von der Verleihung desselben sogar höchlichst überrascht. Einmal hatte er den Titel schon vor langer Zeit entschieden abgelehnt, als derselbe ihm von seiten BISMARCKS für seine wissenschaftlichen Verdienste angetragen wurde, speziell zum Dank für die gute, schmerzstillende Wirkung des Ichthyols, die BISMARCK an sich selbst erfahren hatte. Direktor HERMANNI, welcher ihm die Kunde hiervon überbrachte, war sehr verwundert, als UNNA ihm lächelnd antwortete: „So etwas paßt sich nicht für einen Hamburger", und sagte ganz verdutzt: „Sieh, sieh! Das hat BISMARCK wohl gewußt, denn er sagte: Fragen Sie doch lieber erst bei Dr. UNNA an, ob er ihn auch haben will!" Aber den ihm vom Senat verliehenen Professortitel nahm er als Geschenk seiner geliebten Vaterstadt gern an.

Im Jahre 1908 erhielt UNNA endlich von seiner Vaterstadt auch zwei kleine Pavillons und eine Oberarztstelle im Eppendorfer Krankenhause. Dazu wurde ihm Anfang Januar 1919 die dermatologische Professur an der neugegründeten Hamburger Universität mit dem Titel eines ordentlichen Honorarprofessors übertragen, womit die Universität allerdings hinter ihren Schwestern entschieden im Rückstand sich befand, da selbst die kleinen Universitäten Deutschlands ihre früheren Extraordinate für Hautkrankheiten bereits in Ordinate umgewandelt hatten.

Eine Ehrung eigener Art hatte ihm zu seiner Überraschung auch schon das Jahr 1910 gebracht, indem ihm an seinem 60. Geburtstage von seiten seiner Freunde und Schüler unter der Redaktion von Dr. DELBANCO eine imposante, zweibändige Festschrift überreicht wurde, an welcher Wissenschaftler aus aller Herren Ländern, darunter die meisten dermatologischen Größen des Auslandes, sich beteiligten.

Zahlreiche dermatologische Gesellschaften wählten UNNA zum Ehrenmitgliede, so von Brüssel (1887), Konstantinopel (1889), Paris (1889), Rom (1897), Wien (1902), Berlin (1903), Madrid (1909), Budapest (1909) und Moskau, endlich auch die American Dermatological Association (1912). Auch ethische Gesellschaften ehrten ihn in dieser Weise,

Digitized by Google

z. B. die American Academy of Medicine (1887) und der Deutsche Monistenbund (1918). Die Académie de Médecine von Paris ernannte UNNA 1908 zum korrespondierenden Mitgliede, strich ihn allerdings wieder unter den Verhetzungen des Krieges (1918).

Auch Berufungen an Universitäten sind an UNNA mehrfach ergangen; aber stets schon im Vorverhandlungswege rundweg abgelehnt, so nach Amsterdam, Bern und Berlin. UNNA ist ein viel zu guter Hamburger immer gewesen, um einem Rufe nach außen zu folgen, und bekundete seine Seßhaftigkeit von vornherein darin, daß er alles, was er erwarb und nicht für „den Luxus" seines Laboratoriums ausgab, in Hamburger Grund und Boden anlegte. Sein einziger Ehrgeiz war, in Hamburg eine selbständige dermatologische Schule erblühen zu sehen.

Ein Biograph kann nicht an UNNAS körperlichen Lebensschicksalen vorbeigehen. Die Rettung aus lebensgefährlicher Verwundung im Felde 1871 ist nicht die einzige kritische Zeit in seinem Leben geblieben. Langsam entwickelten sich vom 50. Lebensjahre an die Erscheinungen von Blasensteinen und Prostatahypertrophie. Nach mehreren vergeblichen Kuren und Operationen in Wildungen ließ sich UNNA in den Weihnachtstagen des Jahres 1911 von seinem Kollegen und Freund Professor KÜMMELL in radikaler Weise operieren und ist seitdem nicht bloß beschwerdefrei geblieben, sondern körperlich und geistig wieder so weit verjüngt, als es die furchtbare Kriegs- und Nachkriegszeit zugelassen hat. Es erscheint charakteristisch für UNNAS Arbeitsweise, daß er seine Rekonvaleszenzzeit auf der adriatischen Insel Brioni 1912 dazu benutzte, seine Biochemie der Haut zu schreiben.

Zu den tief und von frühester Zeit in seiner Seele schlummernden Dingen gehörte ein brennendes Mitgefühl mit allen Unterdrückten, und bei seiner äußerst freiheitlich angelegten Natur natürlich besonders auch ein Zorn gegen jede Vergewaltigung der Gewissensfreiheit. Als Freund des alten 1848ers und Vorkämpfers der Judenemanzipation und Simultanschule Dr. ANTON RÉE zog er früh aus der DARWINschen Entwicklungslehre die Konsequenzen und schloß sich später mit Begeisterung dem tapferen Helden der Gewissensfreiheit ERNST HAECKEL an. Als er diesen erst in dessen letzten Lebensjahren persönlich kennenlernte, war die Freundschaft um so fester und inniger bis zu seinem Tode. Gegen viele Hindernisse von reaktionärer Seite brachte UNNA, nachdem er in die Ortsgruppe des Hamburger Monistenbundes eingetreten, in Hamburg eine große Darwinfeier zustande, welche würdevoll verlief und bei welcher UNNAS alter Lehrer WALDEYER die Festrede hielt. Er hatte die Genugtuung, daß bald darauf unter dem Präsidium seines verehrten Freundes WILHELM OSTWALD der bekannte große Monistenkongreß in Hamburg tagte, auf welchem neben OSTWALD SVANTE ARRHENIUS, JAQUES LOEB und der ausgezeichnete Philosoph FRIEDRICH JODL hochbedeutende Ansprachen hielten.

Ähnlich wie mit dem späten Heraustreten zur öffentlichen Bekennung seiner von Jugend auf gehegten Weltanschauung, geschah es auch mit seinem Bekenntnis zur Musik. In den letzten Jahren des vorigen Jahrhunderts drohte in Hamburg das Interesse für gute Kammermusik ganz einzuschlafen. Das beste damalige, unter Führung des trefflichen Violin-

Digitized by Google

spielers FLORIAN ZAJIC stehende Quartett, in welchem UNNAS Lehrer ALBERT GOWA das Cello spielte, war der Auflösung nahe. Da gelang es UNNA mit Hilfe vieler Freunde und Bekannten 1901 in kurzer Zeit einen Kammermusikverein mit über 600 Mitgliedern zusammenzubringen, welcher viele Jahre hindurch wiederum sehr interessante und vorzügliche Aufführungen der besten Kammermusik veranstaltete. Nachdem das Quartett von ZAJIC nach 25jähriger Wirksamkeit zurückgetreten, war es das ausgezeichnete böhmische Streichquartett, welches jahrelang die Kammermusik in Hamburg vertrat und mit dessen hochbedeutendem Cellisten WIHAN UNNA eine innige Freundschaft verband. Das gute Verhältnis mit so viel ausgezeichneten Künstlern hatte natürlich zur Folge, daß in UNNAS Hause viele Jahre die Geselligkeit durch musikalische Genüsse seltener Art verschönt wurde.

Während UNNA bis 1907 zuerst allein, dann mit mehreren Assistenten die Arbeiten der Praxis, der Klinik und des Forschungsinstitutes ausführte, traten 1907 und 1908 die beiden älteren Söhne, Dr. KARL und Dr. PAUL UNNA, welche 1906 promoviert hatten, als Assistenten an seine Seite. Der älteste Sohn ist mit einer Medizinerin verheiratet. Der jüngste ist kürzlich auch als Assistent eingetreten. So hat sich UNNA mehr und mehr entlastet und erhielt dadurch Zeit für seine immer umfangreicher werdenden wissenschaftlichen Studien. Da brach 1914 der Weltkrieg aus, der alle vier Söhne sowie alle Assistenten zu den Fahnen rief. Mit Ausnahme der Hilfe seines alten Sozius Dr. LEISTIKOW und seiner Schwiegertochter Dr. MARIE UNNA war UNNA ganz allein auf seine Kraft angewiesen. Mit jugendlicher Elastizität gelang es UNNA trotzdem, aller Schwierigkeiten Herr zu werden: Klinik, Poliklinik, Sprechstunde wurden weitergeführt und die Wissenschaft kam dabei auch nicht zu kurz. Als reife Frucht einer 40jährigen Erfahrung entstanden sogar während des Krieges die „Kriegsaphorismen eines Dermatologen". Die stets seitens der Verleger und seiner Schüler von ihm gewünschte Abfassung eines Lehrbuches der Dermatologie ist jedoch bisher von seiner Seite nicht erfolgt; es wird ihm offenbar auch jetzt noch zu schwer, mit der Forschung zugunsten eines Lehrbuches abzuschließen. Er ist und bleibt Forscher, und das erhält ihn jugendlich.

E. DELBANCO und PAUL UNNA jun.

Allgemeine Naturwissenschaften und Philosophie.

Von

Dr. M. VON DER PORTEN in Hamburg.

Die humanistische Erziehung hat zwei große Gefahren gebracht: einmal hatte der dominierende Einfluß CICEROS und das Streben nach gutem ciceronianischen Stile zu einem schädlichen Kultus der Phrase geführt, und sodann züchtete die platonische Philosophie mit ihrer eigentümlichen Auffassung des Begriffes als einer realexistenten, den Dingen

Digitized by Google

zugrunde liegenden Wesenheit eine Weltabgewandtheit, die einer objektiven Betrachtung und Bewertung der Tatsachen in hohem Grade hinderlich sein mußte.

Daher ist es von großer Bedeutung für Unnas Entwicklung gewesen, daß er nicht nur auf einem humanistischen Gymnasium vorgebildet, sondern daß ihm auch durch den Besuch einer mathematisch-physikalisch-technischen Lehranstalt der Sinn für die Wirklichkeit geweckt worden ist, und er somit nicht nur deduktiv, sondern mit geschärfter Beobachtung vor allem induktiv zu arbeiten sich gewöhnt hat.

So nahm er denn auch mit tieferem Verständnis als die meisten Gymnasiasten das Werk Darwins „Über die Entstehung der Arten" in sich auf, das damals wenige Jahre zuvor in deutscher Übersetzung erschienen war. Aber nicht nur hatte er Verständnis für die Summe des vorgetragenen Materials — er begriff auch schon die eminente Bedeutung des Darwinschen Gedankens für die Weltanschauung und die Entwicklung des menschlichen Denkens.

Diese Errungenschaften festigten sich in ihm mehr und mehr durch seine Studien während der Universitätsjahre und wurden ein so fester Bestand seines Denkens, daß der junge Arzt es wagen konnte, in den Kampf zu treten mit dem großen, auf der Höhe seines Ruhmes stehenden Philosophen Kuno Fischer.

Dieser hatte am 22. November 1875 eine Rede gehalten, in der er das Willensproblem unter dem Titel „Über das Problem der menschlichen Freiheit" behandelte. Nachdem Kuno Fischer die Frage der Determination oder Indetermination des Willens zugunsten der ersteren Auffassung entschieden und sämtliche Einwürfe der Indeterministen widerlegt hatte, suchte er seinen Zuhörern die Überzeugung beizubringen, „daß der natürliche Charakter, der unsere Handlungen und deren Motive bestimmt", „selbst unsere eigenste Willenstat, eine Tat der Freiheit" sei, und entscheidet sich also schließlich für die Indeterministen. — Er findet den Beweis für seine Behauptung in unserem Gewissen, das uns sagt: „Diese schlimme Handlung ist wie du selbst, ganz deine Art, notwendig, da du bist, wie du bist, während du anders sein könntest und solltest!"

Gegen diese Anschauung, gegen diese Ausführungen Kuno Fischers, der eine Freiheit des Willens bei der Bildung unseres Charakters in Tätigkeit treten lassen, also „an die Quelle aller von da ab nezessitierten Handlungen verlegen" will, zieht der junge Doktor Unna zu Felde und legt dar, daß es nicht angehen könne, aus dem Gewissen, also einer Erscheinung des Selbstbewußtseins, auf die Tatsache einer Schuld zu schließen und von dieser auf eine Freiheit des Willens, zumal Kuno Fischer uns eine Definition des Gewissens absolut schuldig bleibt, ja nicht einmal den Versuch macht, ob diese Erscheinung sich nicht „aus dem flachen Spiegel unseres Selbstbewußtseins herausheben lasse in die körperliche Sinnenwelt, um sie von allen Seiten mit Muße zu beleuchten".

Und nun beginnt Unna eine Untersuchung über das Gewissen anzustellen, die unser Interesse weit mehr verdient und in Anspruch nimmt, als die ganze Kuno Fischersche Untersuchung über den freien Willen.

Bei seiner Analyse des Gewissens konstatiert Unna zunächst, daß es, entgegen der Fischerschen Ansicht, mit dem Charakter nichts zu tun

Digitized by Google

hat, wohl aber macht uns das Gewissen darauf aufmerksam, „daß wir nicht nur isolierte Einzelwesen sind, wofür sich der rohe Naturmensch allerdings hält, sondern unserer Entstehung und unseren weiteren Schicksalen nach einer Anzahl engerer und weiterer Kreise körperlicher und geistiger Natur angehören, die, je weiter sie uns umfassen und je ferner sie sich mit unserer Entstehungsgeschichte berühren, desto tiefer hinter unserem Bewußtsein verborgen liegen, desto mächtiger aber auch in unseren Trieben zutage treten und desto empfindlicher in unser Bewußtsein einschneiden, wenn wir sie wissentlich oder unwissentlich verleugnet haben." Und: „So wie wir also Keime alles organischen Lebens, welches die Erde bevölkert hat, in uns tragen, so vererben wir auch fort und fort Keime ihrer Entwicklungsphasen körperlicher und geistiger Natur, welche uns zu dem gemacht haben, was wir sind, sowohl von den frühesten Stufen des Tierlebens her als von den schon hochentwickelten Anfängen des menschlichen Staatslebens. Wenn uns die ersteren mit unseren tiefsten Instinkten, wie Egoismus, geschlechtliche Neigung, so versorgen uns die letzteren mit einer großen Anzahl von Trieben, welche von jenen weitab liegen und doch zu unseren Lebensbedingungen gehören. In diesen Keimen liegen unsere unveräußerlichen sittlichen Mächte, und erst so gefaßt sind die ethischen Elemente einer speziellen naturwissenschaftlichen Erforschung fähig, welche über die kärglichen und den gröbsten Illusionen preisgegebenen Aussagen unseres Selbstbewußtseins hinausgeht."

Und so kommt Unna zu der folgenden Realerklärung des Gewissens: „Geistiges Weh, hervorgerufen durch das Bewußtsein einer von uns selbst verleugneten Sphäre, der wir durch Geburt oder Schicksal angehören."

So gefaßt, gliedert sich das Gewissen ein in den Kausalzusammenhang des Geschehens, statt ihn, wie Kuno Fischer meinte, zu durchlöchern. Es ist ein Regulator unseres Handelns, aber es hat zur Voraussetzung nicht die Freiheit, sondern die Gebundenheit unseres Willens.

Durch den Nachweis dieser Sphären, denen wir durch Geburt und Schicksal angehören, hat aber Unna zugleich den Versuch gemacht, die Ethik naturwissenschaftlich durch die Tatsachen der Entwicklungslehre zu begründen, und zwar, wohl bemerkt! schon 1877, also zwei Jahre bevor Herbert Spencer seine „Principles of Ethics" veröffentlicht hat, die sich die gleiche Aufgabe gestellt haben.

Es lohnt sich daher, auf diesen Aufsatz Unnas aufmerksam zu machen und ihn der Vergessenheit zu entreißen.

Aber Kuno Fischer hatte besser als der junge Dr. Unna die Zeichen der Zeit verstanden, die nach kurzem Kulturkampf sich wieder der Kirche zuwandte und die freieren Regungen bekämpfte, die durch die dämmernde Erkenntnis von der veränderten Stellung des Menschen in der Natur begünstigt worden waren. Bis in die liberalsten Kreise hinein entwickelte sich diese Opposition, selbst ein Virchow trat in bezug auf den Menschen für die Unveränderlichkeit der Art ein und stellte sich dem Vorkämpfer des Darwinismus, Ernst Haeckel, entgegen.

Unna, von der zeitlichen Aussichtslosigkeit eines Kampfes gegen die Reaktion überzeugt, zog sich von den Weltanschauungsdebatten zurück,

Digitized by Google

um sich mit voller Kraft — und auch vollem Erfolge — der Revolutionierung seiner Wissenschaft, der Dermatologie, zu widmen.

Aber er hörte mit feinem Ohre hinaus in die Zeit, die er in seinem Beitrag zu dem Werke: „Was wir Ernst Haeckel verdanken", mit folgenden Worten schildert:

„Nur von ferne drangen Laute in meine Stille von dem unablässigen Kampfe, welchen die modernen Dunkelmänner um Thron und Altar gegen die Männer der Volksaufklärung führten. Nichts von den Hoffnungen auf geistige Befreiung, die wir 1870er für unser Vaterland gehegt, ging in Erfüllung; es wurde schwärzer und schwärzer in Deutschland. Auch die geistige Macht, auf die wir als letztes Bollwerk gegen die hereinbrechende Reaktion vertraut, die Professorenschaft der deutschen Hochschulen, die vor 100 Jahren der Jugend voranging, versagte."

„Und wiederum stand ein Mann, ein Professor allerdings, aber trotzdem ein furchtloser Recke, strahlend in der allgemeinen Dämmerung und Finsternis und beugte seinen Rücken nicht den Mächten, welche die Verdummung des deutschen Volkes wünschten, um es leichter knechten zu können — das war Haeckel!"

Kein Wunder also, daß er mit Jubel den Aufruf Haeckels vom Januar 1906 begrüßte, der zum Zusammenschluß aller freien Geister aufforderte und alle, die mit einer Jenseitsorientierung gebrochen hatten, einlud zur Gründung des Monistenbundes. Unna trat dem Bunde bei, und als im September eine Hamburger Ortsgruppe gegründet wurde, war Unna bald eines ihrer eifrigsten Mitglieder. Anders freilich sah der Bund aus und die Ortsgruppe, als man erwartet hatte. Es war kein Zusammenschluß von Naturwissenschaftlern und Philosophen — diese hielten sich erstaunlicherweise fast völlig fern —, sondern idealistische Schwärmer waren es, die das Fallen aller Vorurteile und eine neue freiere Lebensgestaltung sich von der neuen naturwissenschaftlichen Weltanschauung versprachen. Glühende Verehrer Haeckels, die ihre philosophische und naturwissenschaftliche Bildung aber fast ausschließlich den Haeckelschen Welträtseln verdankten und die deshalb auch nur in geringem Maße fähig waren, ihre Ansichten zu verteidigen in den Kämpfen, die die Monisten bei ihrem öffentlichen Heraustreten zu führen hatten, die nicht vorbereitet waren für die Diskussionen mit Keplerbündischen Naturwissenschaftlern und philosophisch geschulten Pastoren.

So stellte sich die Notwendigkeit heraus, einen wissenschaftlichen Ausschuß zu gründen, dessen Aufgabe war, durch belehrende Vorträge die Mitglieder über die einschlägigen naturwissenschaftlichen und philosophischen Fragen gründlicher zu orientieren und damit eine schlagfertige Truppe heranzubilden. Unna war bald die Seele dieses Ausschusses und hielt im Frühling 1908 zwei Vorträge über „Helmholtz und unsere heutige Weltanschauung", um an einem großen Beispiele zu zeigen, wie dieser Kampf geführt werden müsse, wie weit er zum Siege geführt und welche Fragen noch offen wären.

Der erste Vortrag, gehalten am 27. März 1908, trägt den Titel: „Helmholtz als Kämpfer für eine einheitliche Weltanschauung", und führt uns in das Lebenswerk des großen Naturforschers ein, indem Unna „weniger einen Vortrag über Helmholtz als in eigentlichem Wortsinne eine Vor-

Digitized by Google

lesung aus Helmholtz zu geben" unternimmt. Als Schüler Helmholtz' mit der „Physiologischen Optik" und den „Tonempfindungen" vertraut, war er durch eingehendes Studium der „Vorträge und Reden" sowie der Königsbergerschen Biographie imstande, die Zitate so prägnant auszuwählen, daß sie, durch kurze Zusammenfassungen ergänzt, ein klares Bild der Bestrebungen und Kämpfe des großen Physiologen, Physikers und Philosophen gaben. Zwar besitzen wir von Helmholtz „nicht ein festes, abgeschlossenes monistisches Bekenntnis", aber die Beschäftigung mit ihm ist deshalb nach Unnas Ansicht besonders wertvoll für Monisten, weil wir bei ihm „einen Werdegang vom Dualismus des Elternhauses durch unerbittlich strenge, logische Arbeit zu einer vollkommen freien, voraussetzungslosen Weltanschauung" sehen können. So hat uns denn Helmholtz „von bestimmten dualistischen Theorien befreit" durch „seinen Kampf gegen die Vitalisten, welcher die jüngere Forschungsperiode", „seinen Kampf gegen die Nativisten, welcher seine mittlere Forschungsperiode charakterisiert", und drittens durch seinen „Kampf gegen alle metaphysischen Spekulationen".

Die Vitalisten widerlegte er durch das Gesetz der Erhaltung der Kraft oder — wie es heute heißt — das Gesetz der Erhaltung der Energie, das Helmholtz, wie Unna ausführt, „zum ersten Male in seiner Bedeutung für das Weltganze und alle Weltprozesse nicht bloß geahnt und ausgesprochen, sondern — besonders was die magnet-elektrischen und chemischen Prozesse betrifft — klar durchdacht, in alle Konsequenzen verfolgt, durch eine vollendete mathematische Darstellung gesichert und durch eine glanzvolle populäre Darstellung dem Schatze unserer allgemeinen Vorstellungen endgültig eingereiht hat." „Möchten doch," schließt Unna dieses Kapitel, „alle modernen Vitalisten es sich klar machen — wie es Helmholtz bereits klar gewesen ist —, daß jede vitalistische Erklärung dem Gesetze der Energieerhaltung zuwiderläuft."

In seinem Kampfe gegen die Nativisten und die Annahme a priori gegebener Anschauungen im Sinne Kants hat Helmholtz durch seine bahnbrechenden Untersuchungen über die Physiologie der Sinnesorgane nachgewiesen, daß die „feine und vielbewunderte Harmonie zwischen unseren Sinneswahrnehmungen und ihren Objekten im wesentlichen und mit nur zweifelhaften Ausnahmen eine individuell erworbene Anpassung ist, ein Produkt der Erfahrung, der Einübung, der Erinnerung an die früheren Fälle ähnlicher Art". „Die einzelnen Raumanschauungen aber werden," so resümiert Unna die weiteren Helmholtzschen Ausführungen, „ebenso wie die Anschauungen der Qualitäten der Außenwelt, mühsam durch tausendfältige Wiederholung individuell erworben und entwickelt, und zwar durch unbewußte Vergleichung der subjektiven Impulse zu unseren Bewegungen mit unseren objektiven Bewegungen im Raume."

Aber Helmholtz wendet sich drittens gegen die Grundlagen der Kantschen Philosophie, indem er an ihrem festesten Bollwerk rüttelt, an den geometrischen Axiomen als a priori gegebenen Erkenntnissen. „Zunächst beweist Helmholtz an der Hand von Arbeiten von Lobatschewsky, Gauss, Belrami, Riemann und von eigenen Überlegungen, daß Geometrien in der Tat möglich sind, welche auf anderen Axiomen fußen als die euklidischen, daß die euklidische Geometrie sich unbe-

Digitized by Google

wußterweise doch auf Erfahrungstatsachen stützt, daß mithin die Axiome derselben nicht mit der gegebenen Form unseres Anschauungsvermögens zusammenhängen, also nicht, wie Kant glaubte, Denknotwendigkeiten, sondern Erfahrungssätze sind."

„Wir sehen," sagt Unna, „daß nicht eigentlich Kant, sondern Helmholtz das Prädikat des ‚Allzermalmers' zukommt, welches man mit Vorliebe Kant als dem Zertrümmerer aller vor ihm gewesenen metaphysischen Systeme beigelegt hat." Hegel, Schelling, Fichte und Schopenhauer „waren mit ihren positiven metaphysischen Spekulationen nur deshalb möglich, weil Kant ihnen in seinen transzendentalen Anschauungsformen noch einen unklaren Rest metaphysischer Spekulation übriggelassen hatte, auf dem sie aufbauen konnten".

Beinahe schmerzlich berührt es Unna, daß auch Helmholtz noch einen unklaren Rest metaphysischer Spekulation hat bestehen lassen, indem er vom Kausalgesetz sagt, daß es „wirklich ein a priori gegebenes, ein transzendentales Gesetz" sei; „ein Beweis desselben aus der Erfahrung ist nicht möglich, ohne die Anwendung von Induktionsschlüssen, d. h. ohne Kausalgesetz."

Und wie eine Erlösung ist es ihm, daß Königsberger eine Notiz aus dem Nachlaß Helmholtz' mitteilt, in der das Kausalgesetz nur als eine Hypothese bezeichnet wird.

„So sehen wir Helmholtz sein ganzes Leben hindurch bemüht, seine Zeitgenossen darüber aufzuklären, daß nur auf dem Wege vorsichtiger Induktion und nur durch das Tor der Erfahrung wirkliche Kenntnisse zu erlangen seien." „Metaphysische Hypothesen auszubauen," sagt Helmholtz, „ist eitel Spiegelfechterei," und seinen Schülern gibt er die Lehre: „Ein metaphysischer Schluß ist entweder ein Trugschluß oder ein versteckter Erfahrungsschluß."

Es ist klar, daß Unna in dem Spiegel Helmholtzscher Ansichten seine eigene Weltanschauung gezeigt und vorgeführt hat. Gegenüber den noch immer mystisch verbrämten Ansichten der Drews, Bölsche usw. wollte er die Mitglieder unserer Ortsgruppe für die eigene, mehr naturwissenschaftlich orientierte Richtung gewinnen, deren Geschlossenheit und feste Begründung er eben den Arbeiten seines großen Lehrers verdankt. Er konnte ihnen mit Erfolg zeigen, auf wie sicheren Boden sie gestellt worden waren durch Helmholtz, aus dessen Reden und Vorträgen sie die Waffen entnehmen könnten für den Kampf gegen „die Leute mit offenen oder verborgenen metaphysischen Neigungen", die von allen Seiten anstürmten gegen Haeckel und seine Anhänger.

In dem am 10. April 1908 gehaltenen zweiten Vortrage, der den Titel trägt: „Helmholtz als Erzieher", zeigt Unna, wie Helmholtz, entgegen dem Gebrauch der deutschen Wissenschaftler und Professoren, nicht nur Forscher war, nicht nur Kämpfer in dem Kreise der Fachleute, sondern daß er es für seine Aufgabe gehalten hat, die Resultate der Naturwissenschaften in die weiten Kreise der gebildeten Laien zu tragen, und wie er schon dadurch zu einem Erzieher unseres Volkes zu naturwissenschaftlichem Denken und zur voraussetzungslosen Sachlichkeit geworden ist.

Vor allem aber tritt Helmholtz für eine stärkere Betonung des

Digitized by Google

naturwissenschaftlichen Unterrichts gegenüber den Sprachwissenschaften in der Schule ein, indem er sagt: „Wenn nun auch die Sprache das Mittel ist, die einmal erkannte Wahrheit zu überliefern und zu bewahren, so dürfen wir doch nicht vergessen, daß ihr Studium nichts davon lehrt, wie neue Wahrheit zu finden sei.“ — „. . . müssen wir doch hervorheben, daß ein wichtiges Moment dem ausschließlich literarisch-logischen Bildungswege abgeht: das ist die methodische Schulung derjenigen Tätigkeit, durch welche wir das ungeordnete, vom wilden Zufall mehr als von Vernunft beherrschte Material, das in der wirklichen Welt uns entgegentritt, dem ordnenden Begriffe unterwerfen und dadurch zum sprachlichen Ausdrucke fähig machen.“

Man merkt es, wie Unna diese Worte mit dankbaren Gefühlen gegen seinen Vater zitiert, der ihn den in seiner Jugend noch ungewöhnlichen Weg über eine naturwissenschaftlich-technische Vorbereitungsanstalt gehen ließ und so die Grundlage gelegt hat zu Unnas erfolgreicher Arbeitsweise. Aber diese Arbeitsweise wirkt nicht nur, indem sie Neues fördert, sondern auch, indem sie von alten Vorurteilen befreit.

So sagt denn Unna: „Die Erziehung zu sachlicher, naturwissenschaftlicher Bildung, das Streben nach der Kenntnis der Wirklichkeit und ihrer Gesetze, die rücksichtslose Erforschung der Wahrheit, sie sind aber nicht möglich ohne geistige Freiheit, ohne Beseitigung aller hemmenden geistigen Schranken.“ Und so feiert er denn Helmholtz als „Erzieher unseres Volkes zu geistiger Freiheit“, zeigt, wie er eingetreten ist für „Geistesfreiheit, Denkfreiheit und Lehrfreiheit“.

„Wer die naturwissenschaftliche Bildung eines Volkes anstrebt,“ sagt Unna, „der befreit es auch von allen mythischen und mystischen Fesseln der Vergangenheit,“ und ein politisches Bekenntnis Unnas ist es, wenn er sagt: „Vorwärts aber gehen heute nur noch die Nationen, welche sich geistig zu befreien streben.“

So hat denn Unna in diesen beiden Vorträgen, in denen er Helmholtz' Wirken vorgeführt hat, ein großartiges Selbstbekenntnis abgelegt und zugleich den Monisten den Weg gezeigt, auf dem sie zu ihrem Ziele, der geistigen Befreiung des Volkes, gelangen könnten und müßten.

Durch den Einfluß des wissenschaftlichen Ausschusses, dessen führendes Mitglied Unna war, wurde denn auch die Hamburger Ortsgruppe auf das allergünstigste beeinflußt. An die Stelle agitatorischer Wühlarbeit trat ernstes wissenschaftliches Streben, die Vorträge standen auf hohem Niveau, das Ansehen unserer Ortsgruppe wuchs zusehends. Die Säle, in denen wir unsere Versammlungen hielten, füllten sich mehr und mehr — auch mit unseren Gegnern, die nun nicht mehr kamen, um zu streiten, sondern um sich zu orientieren und zu lernen.

So konnte denn unsere Ortsgruppe unter Unnas Führung es unternehmen, eine Darwinfeier vorzubereiten, und sich an die wissenschaftlichen Vereine Hamburgs mit der Aufforderung wenden, sich daran zu beteiligen. Aber zunächst war die Antwort eine glatte, hochmütige Ablehnung.

Allerdings hatten sich die wissenschaftlichen Vereine die vom Monistenbund, Ortsgruppe Hamburg, ausgehende Anregung zu einer allgemeinen, groß angelegten Darwinfeier gefallen lassen, aber bald kamen

Digitized by Google

von seiten des Naturwissenschaftlichen Vereins Bedenken gegen die Teilnahme des Monistenbundes. Man plante eine engere Darwinfeier der rein wissenschaftlichen Vereine und wollte lieber darauf verzichten, den weltgeschichtlichen Einfluß Darwins auf die Denkweise der Menschen darzulegen, als mit einem so fortschrittlich gesinnten Weltanschauungsverein gemeinsame Sache zu machen.

Es gelang aber Unna durch seine von hohem Pathos getragenen Darlegungen im Ärztlichen Verein, diesen für die gemeinsame Sache zu gewinnen und mit seiner Hilfe die Vorurteile des Naturwissenschaftlichen Vereins zu überwinden.

Die allgemeine Darwinfeier fand statt, die Hauptredner waren die vom Monistenbund gewonnenen Redner Waldeyer, Dettmer, Klaatsch.

Die Rede Waldeyers, „Darwins Lehre, ihr heutiger Stand und ihre wissenschaftliche und kulturelle Bedeutung", ist dann im Verlage des Deutschen Monistenbundes herausgegeben worden, zusammen mit einem — erweiterten — Vortrage Unnas, den er am 14. Januar 1909 im Hamburger Volksheim gehalten hat: „Darwin als Mensch."

In diesem feinsinnigen Essay hat Unna den Charakter des großen Biologen nicht nur unserem Herzen nähergebracht, sondern auch unserem Verständnis, indem er in streng genetischer Darstellung die Wurzeln aufwies, aus denen sich dieser Charakter entwickelt hat. Unna läßt uns die Eigenschaften des Großvaters Erasmus, des Vaters Robert Darwin in dem großen Charles wiedererkennen, ebenso wie die Begabungen des mütterlichen Zweiges der Wedgwood, beide sowohl in geistiger wie seelischer Hinsicht; wir sehen den Einfluß der Lehrer und Freunde, des Botanikers Henslow, des Geologen Sedgwick, sehen, wie in maßgebender Weise Charles Lyell ihm Richtung gibt, wie ihn das Buch des Nationalökonomen Malthus beeinflußt, wie er geistig heranwächst und dann während der Reise auf dem Beagle die Synthese vollführt und seine Anlagen in mächtiger Ausreifung vereinigt. Wir sehen ihn in edelstem Wettstreit mit Wallace, in treuer Freundschaft mit Hooker und Asa Gray und begleiten ihn nach Down, wo er unter der Pflege seiner treuen Gattin ein sanftes Philosophenleben führt, trotz körperlicher Leiden unermüdlich, immer tätig und forschend als Biologe, als Zoologe, als Botaniker.

Auch diese Lebensbeschreibung ist ein monistisches Bekenntnis Unnas, der das Verwebtsein des Menschen mit seiner Vergangenheit, mit seinen Zeitgenossen und seiner Umgebung, das Entstehen, Werden und Wachsen des Menschen mit und aus der Menschheit schon als junger Arzt zur Grundlage der Ethik gemacht hat, wie wir aus seinem Aufsatz gegen Kuno Fischer gesehen haben.

Eine Bekenntnisfreude leuchtet auch aus dem kurzen Referat hervor, mit dem er auf das 1909 erschienene Werk Emil Wohlwills, „Galilei und sein Kampf für die Kopernikanische Lehre", aufmerksam macht, ein Jubel über den Sieg der Naturwissenschaft, wie er sich in dem Lebens- und Forschergang Galileis gezeigt hat, einen Sieg über die Philosophenschulen, wie Unna ihn auch vom wissenschaftlich immer sicherer fundierten Monistenbund erhofft und erwartet.

An dieser Fundierung arbeitete er mit heißem Bemühen. Ihm ge-

Digitized by Google

lang es, EDINGER und VERWORN zu veranlassen, im Monistenbund zu sprechen, so daß weitere und weitere Kreise sich mit uns zu beschäftigen, uns anzuerkennen gezwungen waren.

Dadurch konnten wir es im September 1910 unternehmen, den Bund einzuladen, im folgenden Jahr in Hamburg einen monistischen Kongreß abzuhalten, ohne befürchten zu müssen, uns einer Niederlage, den Bund einer Enttäuschung auszusetzen. Auch der Bund konnte es wagen, diese Einladung anzunehmen, denn er war, den Hamburger Anregungen folgend, durch sein wissenschaftliches Arbeitsprogramm an Ansehen bedeutend gewachsen. Ein Zeichen dafür war es, daß Anfang 1911 ein Mann von der Bedeutung und dem Rufe OSTWALDS dem Wunsche HAECKELS, Vorsitzender unseres Bundes zu werden, Folge leistete.

Aber nun setzten auch schon in Hamburg die vorbereitenden Arbeiten für den Kongreß ein, besonders unter dem, von frohstem Optimismus getragenen Ansporn UNNAS, der sich schon bald mit OSTWALD und durch diesen auch mit den bedeutendsten Naturwissenschaftlern in Verbindung setzte, um sie für ihre Mitwirkung und geeignete Vorträge zu gewinnen.

Der Erfolg dieser Bemühungen ist bekannt: ARRHENIUS, JACQUES LOEB, FRIEDRICH JODL sagten zu, OSTWALD selbst übernahm einen Vortrag und zugleich den Vorsitz des Kongresses. Ein Programm konnte aufgestellt werden.

Aber nun galt es, das Publikum für den Kongreß zu interessieren.

Im „Freien Wort" erschien ein längerer Aufsatz UNNAS, der in weit ausgreifender Weise die Bedeutung der bevorstehenden Tagung erörterte. Er ist von der Bundeszeitschrift „Monismus" in ihrem Juniheft und auch von anderen Blättern übernommen worden. Er enthält so viele wertvolle Darlegungen in so vorzüglicher Form, eine so vortreffliche knappe Übersicht über die Entwicklung des menschlichen Denkens, daß er auch hier auszugsweise seinen Platz finden möge. Er ist zugleich nicht nur ein klares Bekenntnis zum Monismus und gegen den Dualismus, sondern er sucht auch die Gründe darzutun, weshalb sich die Menschheit immer noch nicht vom Dualismus abgewendet hat.

„Noch niemals," sagt UNNA in diesem Artikel, „hat eine Weltanschauung so gründlich mit allen Vorurteilen aufgeräumt, noch nie so viele Lieblingsillusionen der dahindämmernden Menschheit zerstören müssen, um für eine rein auf Erkennung der Wirklichkeit gerichtete Weltanschauung Bahn zu schaffen."

„Sie stützt sich," fährt er fort, „ausschließlich auf die Ergebnisse der Naturwissenschaft."

„Im Gegensatz zum Monismus hüten sich sämtliche religiösen Weltanschauungen vor einer allzu engen Berührung mit der stets fortschreitenden Naturwissenschaft."

„Daß so viele Gebildete heute noch die dem Kausalgesetz schnurstracks widersprechenden dualistischen Ideen nicht überwunden haben, daß sie die Kardinalillusionen der europäischen Menschheit, den Glauben an einen persönlichen Gott, an eine persönliche Freiheit, an eine persönliche Unsterblichkeit aus ihrem Ideenkreis nicht verbannt haben, liegt daran, daß unsere ganze europäische Bildung, der Lehrplan unserer

Digitized by Google

Schulen ebenso wie die geheiligten Gewohnheiten unserer Gesellschaft auf den dualistischen Ideen der Weltlichkeit und Außerweltlichkeit aufgebaut sind. Der Mehrzahl der Gebildeten klebt zeitlebens dieses Stück Mittelalter an."

„Und doch ist es für die europäische Menschheit höchste Zeit, sich von diesen Illusionen mit starker Hand zu befreien."

„Die mittelalterlichen Fesseln, welche das alternde Europa krampfhaft wie seine heiligsten Güter zu wahren bestrebt ist, muß es mit kraftvoller Hand beseitigen, wenn es auf die Dauer den Primat der Erde behalten will."

Nach einem historischen Überblick über die antike Philosophie von Heraklit, „der bereits die Gesetzmäßigkeit im ewigen Wechsel der Dinge, deren Kampf und Entwicklung zu höheren Formen zu erkennen vermochte," über Anaxagoras, „der zuerst die Erfindung eines unkörperlichen Geistes machte und damit den Dualismus von Geist und Körper in die Welt setzte," zu Plato, „der unsere wirkliche Welt zugunsten einer erträumten transzendentalen Ideenwelt herabsetzte," endlich zu Aristoteles, der „in noch nicht dagewesener formeller Vollendung sein dualistisch-teleologisches Weltbild zeichnete", legt Unna dar, wie „das erstarkende Christentum auf diesen dauerhaften, aristotelischen Stamm das zarte Reis seiner religiösen Heilslehre erfolgreich inokulierte" und wie dadurch „es mit allen gesunden Ansätzen zu einer realistischen Weltauffassung vorbei war".

Daran ändert die erwachende Naturwissenschaft nichts. Trotz Giordano Bruno, der bekannte, „daß Gott und Natur eins seien," trotz des Einflusses Galileis und Keplers auf die Gestaltung eines mathematisch-mechanischen Weltbildes trennt Descartes „mit absoluter Schärfe Seele und Körper", vergleicht Leibnitz „beide mit zwei verschiedenen, von Gott im voraus gleich aufgezogenen und dadurch harmonisch verlaufenden Uhren". Kant, der „für die uns allein interessierende Welt der Erscheinungen, auch der psychischen, ein konsequenter Mechaniker und Verfechter des absoluten Kausalitätsprinzips war", „rettete aber in die von ihm erfundene ewig unerkennbare zweite Welt des ‚Ding an sich' wiederum die Willensfreiheit hinein und eröffnete mit diesem Mangel an Kritizismus zugleich die Schleusen für einen Strom noch nie dagewesener phantastischer Spekulation, der schließlich in Hegel seine Höhe erreichte."

Das mußte zu einem Rückschlag führen. „An Schwanns und Virchows Zellenlehre, J. R. Mayers und Helmholtz' Gesetz der Erhaltung der Energie und Darwins und Haeckels Begründung der Entwicklungs- und Selektionslehre schloß sich eine fundamentale Umwälzung in der Gedankenwelt aller nach Wahrheit dürstenden Geister."

„Was aber die voraussetzungs- und dogmenlose Naturforschung von der Mitte des vorigen Jahrhunderts an gesät hat, das geht heute nicht bloß in der Technik praktisch, sondern auch in der monistischen Weltanschauung theoretisch auf."

„Auf dem festgefügten Boden dieser induktiv arbeitenden Wirklichkeitswissenschaft, die dem Monismus seine reale, wissenschaftliche Begründung gibt, erwachsen dann in natürlich und logisch sich ergebender

Digitized by Google

Deduktion die praktischen sozialen und ethischen Ziele des Monistenbundes."

Der Erfolg des Kongresses ist bekannt. Unter dem brausenden Jubel der den Saal überfüllenden Versammlung konnte Wilhelm Ostwald die denkwürdigen Worte sprechen: „Ich schließe den ersten Monistenkongreß und eröffne das monistische Jahrhundert."

Und zunächst hatte es wirklich den Anschein, als ob eine neue Zeit beginnen sollte. Die Monatsschrift, der „Monismus", konnte als Halbmonatsschrift unter dem Titel „Das monistische Jahrhundert" erscheinen.

Bedeutende Mitarbeiter stellten ihre Kräfte zur Verfügung, unter anderen Rudolf Goldscheid. Unna selbst lieferte als Beitrag einen Aufsatz über die Lepra in der Bibel, in dem er nachwies, daß das dort als Aussatz gezeichnete Krankheitsbild sich mit keiner Hautkrankheit, gewiß aber nicht mit der Lepra, dem Aussatz, decke, sondern nur ein Produkt priesterlicher Herrschsucht sei, ein Instrument, um jeden Widerstrebenden dem Willen der Priester untertan zu machen, der ihn als Aussätzigen verfehmen konnte.

Die Überfülle des Stoffes und die Mitarbeit immer neuer Kämpfer zwang schon ein Jahr darauf, die Halbmonatsschrift in eine Wochenschrift umzuwandeln, die es sich nun zur Aufgabe machte, alle fortschrittsbedürftigen Gebiete wissenschaftlich zu behandeln und über den Stand der Forschung und jeweiligen Auffassung regelmäßig Bericht zu erstatten, so über Bodenreform, Friedensbewegung, das Verhältnis von Kirche und Staat, von Kirche und Schule.

Auch Unna bemühte sich, die monistischen Ideen weiteren Kreisen zuzutragen. So hielt er im Frühjahr 1914 einen Vortrag im Volksheim über Dualismus und Monismus, der sich durch eine scharfe Gegenüberstellung der beiden Weltanschauungen auszeichnete. Einige dieser Charakterisierungen seien hier wiedergegeben.

„Der Dualismus kennt neben natürlichen Ursachen auch übernatürliche, der Monismus nur natürliche. — Dem Dualismus ist eine Welterklärung ohne Wunder unmöglich, der Monismus kennt nur Naturgesetzlichkeit mit Ausschluß aller Wunder; der Monismus beruht auf Vernunft und Erfahrung. — Der Dualismus, der mit Lohn und Strafe in einem erträumten Jenseits arbeitet, ist eine egoistische Weltanschauung, der Monismus verlangt Hingabe an das als gut Erkannte und die Überwindung des Egoismus. — Der dualistische Glaube an die Möglichkeit wunderbarer Hilfe dämpft das Verantwortlichkeitsgefühl; die monistische Ablehnung aller überirdischen Mitwirkung schärft das Verantwortlichkeitsgefühl. — Dualistisches Trachten nach persönlicher ewiger Seligkeit ist egoistisch, nicht sozial, monistische Arbeit zur Hebung der Menschheit in allen Beziehungen wirkt sozial."

Aber auch auf anderen Gebieten, so in der Kunst, suchte Unna den verschiedenartigen Einfluß von Dualismus und Monismus nachzuweisen. Angeregt durch die Untersuchungen Verworns hielt er einem engeren, im Hörsaale seines Dermatologikums versammelten Kreise einen mit Lichtbildern illustrierten Vortrag: „Zur Psychologie der Kunst". Er ließ uns die in Altemira und in den Grotten der Dordogne aufgefundenen Kunst-

Digitized by Google

werke des paläolithischen Jägers, des Menschen aus der älteren Steinzeit sehen, der mit wunderbarer Treue in die Felsen seiner Grotte oder auf seine Jagdgeräte die Tiere seiner Umgebung eingeritzt hat.

Von dieser — wie Unna sagt — „ältesten Periode klassischer Kunst" ist auf den Menschen der jüngeren Steinzeit nichts übergegangen. Aber noch ein anderes unterscheidet diese beiden Zeiten.

Während bei dem älteren Steinzeitmenschen — dem Paläolithiker — durchaus nichts gefunden worden ist, was Bezug auf Seelenkultus haben könnte, lehren die Funde aus der jüngeren Steinzeit, daß der Neolithiker an Seelen geglaubt und Seelenkultus getrieben hat.

Diese eigenartige Beziehung zwischen Kunst und Seelenkult wird nun von Verworn dahin gedeutet, daß mit dem Aufkommen des Seelenkults — wie Unna ausführt — „der Mensch die Natur nicht mehr mit offenem Auge anschaut, daß der Seelenkult schon von Anfang an jede unbefangene Naturbetrachtung unmöglich gemacht hat, der Verfall der ursprünglichen Kunst also seine notwendige Folge war." Die Darstellung der Natur — die Physioplastik, nach Verworn — wich einer Ideoplastik, dem Versuch, Ideen darzustellen.

Bei den historischen Völkern hat dann die Kunst „sich des Seelenglaubens zu allen Zeiten mit größter Liebe bemächtigt . . . da im Gegensatz zu der Natur der Seelenglaube der Phantasie den freiesten Spielraum gewährte . . . Man denke nur an die antike Götterwelt und die Art, wie die christliche Kirche des Mittelalters die Kunst in ihren Dienst stellte".

Die Frage scheint deshalb Unna berechtigt, ob eine Kunst ganz ohne Seelenglauben bestehen kann oder ob der uralte Gegensatz der Physioplastik und Ideoplastik sich doch noch bemerkbar macht. Einen Höhepunkt der Kunst neben dem der Antike stellt die Renaissance dar. Und Unna fragt: „Läßt sich in der Blüte der Renaissancemalerei eine Kunst nachweisen, die ebenso frei von Seelenglauben ist wie die Kunst des Urjägers aus der alten Steinzeit?"

Und nun zeigte Unna an den größten Meistern ihrer Zeit, an Rubens und Velasquez, wie verschieden gleiche oder ähnliche Sujets von einem ideoplastischen Maler — Rubens — und dem physioplastischen Velasquez behandelt werden, zeigt in Lichtbildervorführungen, wie sich Rubens bei seinen Werken in Äußerlichkeiten, die als Symbole gedacht sind, verliert, wogegen Velasquez Charakter und Wesen von Handlung und Personen mit eindringender Klarheit und überzeugender Wahrhaftigkeit zur Erscheinung bringt.

Hieraus war zu ersehen, daß eine physioplastische, also monistische, Kunst nicht nur möglich ist, sie ist auch einer ideoplastischen, d. i. dualistischer Auffassung nachgehenden Kunst überlegen.

„Die Weltgeschichte," schließt Unna, „ist das Weltgericht. Auf allen Gebieten der Kunst treten mehr und mehr als die festen Säulen für die Bildung unseres Kunsturteils die großen Physioplastiker in den Vordergrund, die auf der Höhe ihrer Kunst den innigen Zusammenhang mit der Natur zu wahren verstanden, Leonardo, Michelangelo, Velasquez, Rembrandt, Shakespeare, Goethe."

Die starken Anregungen, die Unna von dem Anthropologen Ver-

Digitized by Google

WORN erhalten hatte, veranlaßten ihn, sich auch eingehend mit dem Philosophen und Erkenntnistheoretiker zu beschäftigen und ein Urteil über den VERWORNschen Psychomonismus zu gewinnen. In unserer Ortsgruppe des Monistenbundes bestand damals ein großes Interesse für philosophische Fragen, ja, eines unserer Mitglieder hielt einen ganzen Zyklus von Vorträgen, die die Entwicklung der Philosophie behandelten und auf die neueren Richtungen aufmerksam machten.

Bei der Darlegung des Psychomonismus stellte der Vortragende die Behauptung auf, daß die VERWORNschen Ansichten auf einen Solipsismus hinausliefen, erkläre doch VERWORN ausdrücklich, „daß das Wort Psychomonismus ... den Grundgedanken, daß nur die Inhaltsbestandteile der Psyche allein existieren und nichts weiter außerhalb der Psyche, unzweideutig zum Ausdruck bringe." Demgegenüber konnte UNNA wohl zugeben, daß dieser Ausspruch VERWORNS etwas irreführend sei infolge des ungewöhnlichen und nicht ganz einwandfreien Gebrauchs des — auch von VERWORN selbst beanstandeten — Wortes Psyche, aber daß er unmöglich die Bedeutung haben könne, die der Vortragende ihm unterlege. Dagegen spräche vor allem folgende Stelle bei VERWORN:

„Was ist der Lichtstrahl aber, wenn er überhaupt nicht ins Auge fällt, wenn niemand die Empfindung blau hat? ... entweder ich muß annehmen, der Lichtstrahl existiere dann überhaupt nicht, und das wäre absurd, denn es widerspräche der Erfahrung — oder ich muß zugeben, daß auch außerhalb des Bewußtseins Empfindungen existieren, und dann hätte ich doch wieder das ‚Ding an sich'. Die letztere Möglichkeit ist die zutreffende, aber der aus ihr gezogene Schluß bezüglich der ‚Dinge an sich' ist nicht richtig ... denn die Empfindung (das Wirklichkeitselement) kann jeden Augenblick zum Gegenstand des bewußten Erkennens und Denkens gemacht werden ... Wenn wir das von Zeit zu Zeit mit irgend einem Dinge tun, so beobachten wir, daß in der Zwischenzeit, in der wir es nicht im Bewußtseinsfelde hatten, eventuell etwas mit ihm vorgegangen ist, indem es in andere Beziehungen getreten ist ... So treiben wir wissenschaftliche Forschung, und so finden wir, daß die Elemente in der Zwischenzeit existiert haben, während sie nicht im Bewußtseinsfelde waren."

Nach der Auffassung VERWORNS also existiert die Welt nicht nur in unserem Bewußtsein, sondern eine von unserem Bewußtsein unabhängige Welt existiert, ist uns aber nur durch unser Bewußtsein gegeben. Bei der Betrachtung der Welt müssen wir daher von den Tatsachen unseres Bewußtseins ausgehen.

Die Elemente unseres Bewußtseins sind aber die Empfindungen, denen Weltelemente entsprechen, welche Empfindungen werden, wenn sie in unser Bewußtsein eintreten. Wie MACH, in dessen Fußtapfen VERWORN wandelt, in seiner „Analyse der Empfindungen" sagt: „Insofern und nur insofern nennen wir sie Empfindungen. Sie sind in anderer funktionaler Beziehung zugleich physikalische Objekte."

Dieselben Objekte können also eine physikalische Reaktion hervorrufen oder eine psychische, je nach den Bedingungen, unter denen sie zur Wirkung gelangen. Damit ist der prinzipielle Gegensatz von physisch und psychisch überwunden, und die Frage besteht nur nach den Bedin-

Digitized by Google

gungen, unter denen eine physische oder eine psychische Reaktion zustande kommt.

Von einem „Ich" auszugehen, wie idealistische Philosophen verlangen, ist unzulässig, da das „Ich" bereits ein in seinem Umfange vielfach schwankender Empfindungskomplex ist.

So schließt also der Verwornsche Psychomonismus einen materialistisch-mechanistischen Standpunkt, wie ihn Unna vertritt, keineswegs aus, sondern weist ihm durch die Ablehnung einer dualistischen Psyche und die Ersetzung des Ursachebegriffes durch den auch von Unna vertretenen Konditionismus als seine Aufgabe zu, eben diese Bedingungen zu erforschen.

Einen mystisch verzerrten Psychomonismus, der den Boden realer Wissenschaft verläßt, lehnt Unna auf das entschiedenste ab; er verfolgte aber mit großer Aufmerksamkeit die Arbeiten von Ostwald, Mach, Verworn, in deren Resultaten er immer nur eine Bestätigung seines Standpunktes erkennen konnte.

Während Ostwald von einer Umwandlung physikalisch-chemischer Energie in psychische spricht, sieht Ernst Mach den Unterschied zwischen physikalischer und psychischer Reaktion in der größeren Fülle und Kompliziertheit der Bedingungen. Beide Forscher betrachten aber in gleicher Weise als die Aufgabe der Wissenschaft, die Bedingungen des Geschehens aufzufinden.

Auf das freudigste begrüßte Unna die Arbeiten von Richard Semon über die Mneme, denn er erkannte, daß hier, theoretisch wenigstens, ein Weg gefunden war, den Grund für die Kompliziertheit der Bedingungen aufzuweisen, durch welche psychische Reaktionen hervorgerufen werden. Die von Ewald von Hering aufgezeigte Eigenschaft der organisierten Materie, Gedächtnis zu haben, befähigt sie, in den Zellgebilden eine immer wachsende Summe von empfangener Energie in mnemischen Spuren festzuhalten. Hierdurch entstehen immer kompliziertere Bedingungen, die fort und fort die physikalisch-chemischen Reaktionen modifizieren und immer größere Abweichungen von den ursprünglichen hervorrufen.

Während aber Semon nur ganz allgemein von substantiellen Veränderungen spricht, weist bereits Verworn in seinem Aufsatze „Über die zellular-physiologischen Grundlagen des Gedächtnisses" Größenzunahme der Zellen nach, und der von Unna als Gesinnungsgenosse verehrte Jacques Loeb, „der geniale biologische Experimentator", wie Unna ihn nennt, zeigt an den tierischen Tropismen, „daß es heute schon möglich ist, einfache Manifestationen tierischer Instinkte und tierischen Willens wenigstens im Prinzip physikalisch-chemisch zu erklären."

So betrachtete Unna es denn seiner philosophischen Auffassung gemäß als seine Aufgabe, auch seinerseits durch mikrochemische Studien mitzuarbeiten an der Lösung psychischer Probleme.

Der Weltkrieg setzte ein. Inter arma silent artea, und der Streit der Meinungen wandte sich von den philosophischen Problemen ab. Wie ein Menschenalter vorher der junge Doktor sich beim Einbrechen der Reaktion von den Weltanschauungsdebatten in seine Studierstube zurückgezogen hatte, so jetzt der alternde Professor Unna. Und wie er damals sich die große Aufgabe gesetzt hatte, seine Wissenschaft zu reformieren, so

Digitized by Google

wandte er sich jetzt neuen, selbst gefundenen Untersuchungsmethoden zu, um durch sie auf biologische Tätigkeiten neues und klärendes Licht zu werfen.

Aber wie damals aus seiner stillen Klause, so lauschte er auch jetzt aus seinem Laboratorium hinaus und hörte auf das, was andere Gutes und Brauchbares zu Weltanschauungsfragen sagten, und bemühte sich, es zu fördern und ihm einen größeren Resonanzboden zu schaffen.

So hat er im April 1917 in den Hamburger Monistischen Monatsheften eine Besprechung der allgemeinen Biologie von Paul Kammerer veröffentlicht, die uns gezeigt hat, wie Unna doch noch mitten in der Bewegung steht und sein Interesse an den umstrittenen Fragen wach erhalten hat.

Die Worte, mit denen er die Besprechung einleitet, klingen wie ein sehnsüchtiges Bekenntnis seines eigenen Herzens.

„Es gibt noch glückliche Naturen, die, gepackt von namenlosem Grauen vor der Menschheit, wie sie in diesem Weltbrande offenbar wird, sich ganz auf sich selbst und ihre geistige Arbeit zurückziehen und uns mitten im Kriege eine köstliche Frucht ihres Schaffens darzureichen vermögen."

Und er preist es als ein Glück, daß wir solche Forscher wie Paul Kammerer zu den Unseren zählen.

Unna ist tief in das Buch eingedrungen und hat sich mit der „Unsumme von biologischen Tatsachen" angelegentlich beschäftigt. Aber man fühlt es, wie es den alten Kämpfer beglückt, daß Kammerer „auf jeder Seite mit dem Zauberstabe der Entwicklung alten und neuen Vitalismus zerstört und den Nachweis führt, daß ein wirklicher Fortschritt nur auf dem bisherigen, allerdings mühsamen Wege der exakten Naturwissenschaft ohne Zuhilfenahme außerweltlicher Hypothesen zu finden ist". Und wenn Kammerer gesteht, „daß er an eine noch unentdeckte Art von Lebenskraft, an eine Formenenergie des Lebens glaubt", so protestiert Unna nicht dagegen, weil Kammerer verlangt, daß sie als eine echte Energie dem Gesetze der Erhaltung aller Energie gehorche.

Die Kapitel Urzeugung, Vererbung erworbener Eigenschaften, Kampf ums Dasein, biogenetisches Grundgesetz wecken alte Streitfragen und bringen neue Tatsachen und Auffassungen, die von Unna eingehend gewürdigt, z. T. dem eigenen Denken einverleibt, z. T. auch durch Mitteilung eigener Untersuchungen ergänzt oder korrigiert werden.

So hält sich Unna durch geistige Arbeit, durch Ein- und Umschau rüstig und frisch zu neuen Taten und neuem Denken.

Vor kurzem übergab er mir eine noch ungedruckte Arbeit, aus der hervorgeht, wie er auch seine neuesten Untersuchungen in den Dienst stellt des Gedankens, der ihn von der Schulzeit her, als er noch mit seinem Freunde Karker Darwins „Entstehung der Arten" studierte, bis auf den heutigen Tag kämpfen läßt für eine von dualistischen Einflüsterungen freie Wissenschaft, eine sich auf ihr aufbauende Weltanschauung und eine körperliche, geistige, ethische Höherentwicklung der Menschheit.

Digitized by Google

UNNA als biologischer Chemiker.

Von

Dr. H. FRIEDENTHAL in Berlin.

Unter den physiologischen Chemikern nimmt UNNA eine ganz eigenartige Stellung ein. Gerade weil er die Dinge nicht einseitig chemisch ansieht, sondern nie den Arzt verleugnet, der die Herkunft des von ihm zu Untersuchenden und damit seine Vorgeschichte nicht aus den Augen verliert, weil er sich nicht auf rein chemische Untersuchungen beschränkt, sondern die histologischen Methoden zur Untersuchung mit heranzieht, gewinnen seine Untersuchungen eine Vielseitigkeit, die den nur einseitig orientierten Fachmann häufig stutzig macht, den unbefangenen Beobachter aber zu entzücken geeignet ist. Bereits die allerersten Arbeiten des jugendlichen UNNA zeigen dieses Streben nach universaler Beherrschung aller nur denkbaren naturwissenschaftlichen Methoden. UNNA lehrt den Chemiker auf dem Wege über das Auge chemische Verwandtschaften zu sehen, statt daß sie nur rein begrifflich dem formalen Verständnis klar werden. Die ersten Studien von UNNA über Verhornung, ein Thema, das dem Hautarzt ja sehr nahelag, boten ihm Gelegenheit, vom physiologischen, vom anatomischen und vom chemischen Standpunkte aus diese schwierige Materie in Angriff zu nehmen und in reichem Maße aufzuhellen. UNNA verfolgte die einzelnen Spaltungs- und Umwandlungsprodukte des Eiweißes und lehrte uns die Unterschiede zwischen Hornsubstanz und bei der Verhornung auftretenden Nebenprodukten des Stoffwechsels kennen, so daß wir mit Hilfe einfacher Färbemethoden Ort, Menge und Art der bei der Verhornung in den Zellen auftretenden Stoffe sichtbar zu machen vermögen. Die verschiedene Löslichkeit, Färbbarkeit, Widerstandskraft gegen alle möglichen chemischen Eingriffe wurden benutzt, um die Eigenart eines Gewebsbestandteiles im Gewebe festzustellen. Die Veränderungen im Stoffwechsel, welche bei Erkrankungen und Mißbildungen auftreten, bedurften der gleichen Untersuchungsmethoden, um ebenfalls dem Verständnis nahegerückt zu werden.

Die Untersuchung der Vernix caseosa benutzte UNNA, um auch vom Standpunkte der Entwicklungsgeschichte die von ihm in Arbeit genommenen Probleme anzugreifen. Mehrere Arbeiten über die Schweißdrüsen der Haut lieferten wertvolle Beiträge zur Frage nach der Perspiratio insensibilis und brachten den für viele überraschenden Nachweis, daß die Einfettung der Haut durchaus nicht nur von den Talgdrüsen bewirkt wird, sondern daß der Schweiß je nach der Innervation der Drüsen physiologisch wichtige Fettsubstanzen der Hautoberfläche zuführt. Mit diesen Untersuchungen schlug UNNA die Brücke zu der den Physiologen früher unerklärlich scheinenden Tatsache, daß die fettige Milch liefernden Milchdrüsen der Säugetiere ihrem Baue nach nicht zu den Talgdrüsen, sondern zu den Schweißdrüsen gehören, und sich daher nicht aus Talgdrüsen, sondern aus Schweißdrüsen allmählich entwickelt haben müs-

Digitized by Google

sen. Die neuerworbenen chemischen Kenntnisse gaben dem Arzte Gelegenheit, wichtige therapeutische Vorschläge und Maßnahmen bei Kranken aus diesen anscheinend rein wissenschaftlich chemischen und physiologischen Untersuchungen abzuleiten. Wie wichtig für die Chemie die Beobachtung histologischer Feinheiten sein kann, zeigte UNNA in einer Arbeit über Rosaniline und Pararosanilinè. Es gelang ihm nachzuweisen, daß mit Hilfe der von ihm als Reagenz benutzten Leprabazillen Beimengungen von Pararosanilin zu Farblösungen sich nachweisen lassen, die dem Chemiker mit rein chemischen Methoden unfaßbar sind. Mengen von weniger als 10000stel Milligramme eines Pararosanilins beigemengt zu einer Rosanilinlösung, lassen sich mit Hilfe von Leprabazillen durch das entstehende Farbbild erkennen und nachweisen.

Ein völlig neues Gebiet für die Chemie und Physiologie zugleich eröffnen die Arbeiten von UNNA über die Sauerstoff- und Reduktionsorte in tierischen Geweben, in denen er versuchte, eines der Grundprobleme des Lebens, den Weg des Sauerstoffs in das Innerste der Zellen, der Bearbeitung zugänglich zu machen. Reduziert man Methylenblau zu Methylenweiß und bringt lebendes Gewebe in eine derartige, reduziertes Methylenblau enthaltende Flüssigkeit, so ziehen diejenigen Teile der Gewebe das Methylenweiß an sich, welche als Sauerstofforte im Gewebe zu betrachten sind. Bei Berührung mit dem Luftsauerstoff nach Auswaschen der reduzierenden Flüssigkeiten bläuen sich diese Stellen wiederum durch Rückverwandlung des Methylenweiß, welches fest an den Sauerstofforten haftet, in Methylenblau. UNNA wies nach, daß die Farbbilder, welche man erhält, wenn man Gewebe mit Methylenblau färbt, nicht durchaus identisch sind mit den Bildern, welche man erhält, wenn man Methylenweiß zur Färbung verwendet. Damit ist der Nachweis geliefert, daß, obwohl das Endergebnis eine Blaufärbung der Gewebe mit Methylenblau ist, die UNNAsche Methode des Nachweises der Sauerstofforte im Gewebe nicht einfach eine Methylenblaufärbung bedeutet. Ein umgekehrtes Bild als bei der Behandlung der Gewebe mit Methylenweiß erhielt UNNA bei der Sichtbarmachung der Reduktionsorte im Gewebe durch Bräunung oder Schwärzung mit Kaliumpermanganat. Mit dieser Methode erhielt UNNA ein förmliches Negativ im Gewebe zu dem beim Nachweis der Sauerstofforte erhaltenen Positiv. Besonders interessant ist es, daß bei genauerer Untersuchung sich herausstellte, daß kein Gewebselement ausschließlich Sauerstoff- oder Reduktionsort ist, sondern daß den vorzugsweise so genannten „Sauerstofforten" ein schwaches Reduktionsvermögen, den „Reduktionsorten" ein schwaches sauerstoffbindendes Vermögen zukommt, und daß diese Doppelnatur darin chemisch begründet ist, daß jedes Gewebselement sich aus ganz verschiedenen (basischen und sauren) Eiweißen in wechselnden Verhältnissen zusammensetzt. Das lebende Gewebe kann also in jedem seiner Teile, wie es ja bei physiologischer Betrachtung selbstverständlich erscheint, zugleich reduzierend und oxydierend wirken. Der Grad der Fähigkeiten ist ein derart verschiedener, daß Sauerstoff- und Reduktionsorte sich ähnlich verhalten wie schwarz und weiß gefärbte Gegenstände. Jedes materielle Schwarz enthält Spuren von Weiß und jedes Weiß enthält Spuren von Schwarz. Jeder kalte Gegenstand enthält Wärme und jeder warme Gegenstand ist relativ kalt

Digitized by Google

gegenüber einem noch wärmeren. Wir müssen erwarten, daß, wenn Sauerstoffbindung und Sauerstoffzehrung eine Grundfunktion der lebendigen Substanz darstellen, es keine Örtlichkeit im Lebendigen geben kann, welche ganz ausschließlich der einen Seite dieses reversiblen Prozesses vorsteht. Die große Mehrzahl der Einwände gegen die UNNAsche Anschauung und Arbeiten auf dem Gebiete der Sauerstoffwanderung und Sauerstoffzehrung im lebenden Gewebe beruhen auf der mißverständlichen Forderung nach Einseitigkeit oder allzu großer Hervorhebung der Schwierigkeiten, welche in einzelnen Fällen tatsächlich den häufig gut gangbaren Weg der UNNAschen Forschungsweise verhindern und unmöglich machen. Namentlich im Pflanzengewebe bietet die Allgegenwart der Luft ein erhebliches Forschungshindernis und es ist anzunehmen, daß bei Beschränkung der Untersuchung auf Wasserpflanzen eindeutigere Resultate sich werden erzielen lassen.

Mit den obigen Darlegungen ist die Aufzählung der chemischen Arbeiten UNNAS zwar nicht erschöpft, doch sind die wichtigeren Gebiete namhaft gemacht, auf die durch neue Forschungsmethoden neues Licht geworfen wurde. Die chemische Untersuchung einzelner Arzneikörper durch UNNA bot für die Behandlung wohl wertvolle Handhaben und zeigte auch den Wert einer umfassenden naturwissenschaftlichen Bildung, welche ja heute den allermeisten Forschern, die sich mit Stolz Spezialisten nennen, versagt ist, aber sie sind doch nicht von derartiger Bedeutung geworden wie die oben erwähnten Gebiete, in welchen es noch der Arbeit zahlreicher Forscher und guter chemischer und physiologischer Köpfe bedürfen wird, um das aufzuarbeiten und die Gebiete auszubauen, die uns durch die UNNAschen chemischen Forschungsmethoden erschließbar geworden sind.

Die Wertung der Sauerstofftheorie UNNAS.

Von

Dr. L. GOLODETZ-Hamburg.

Die Forschungen UNNAS auf dem Gebiete der Sauerstoffverhältnisse im menschlichen und tierischen Organismus haben bis jetzt nicht immer das richtige Verständnis bei den Biochemikern gefunden. Insbesondere diejenigen Fachkollegen, die gewohnt sind, die biochemischen Vorgänge in chemische Formeln, die die stofflichen Umsetzungen veranschaulichen sollen, gekleidet zu sehen, vermochten sich nicht mit den UNNAschen Lehren über das Hin- und Herwandern des Sauerstoffs innerhalb der Zellen und der Zellkomplexe zu befreunden. In Wirklichkeit jedoch ist es bei dem heutigen Stand der Biochemie und ganz besonders innerhalb der Eiweißchemie, die sich in den lebenden Zellen abspielt, durchaus unmöglich, mit bestimmten chemischen Formeln zu operieren und die Vorgänge so zu präzisieren, wie wir es sonst in der Chemie gewohnt

Digitized by Google

sind. Vielmehr ist man vorläufig darauf angewiesen, die Erscheinung generell, nach der Tendenz hin zu deuten und, unbekümmert um Einzelheiten, die Richtungen des Effektes herauszufinden.

UNNA wußte — und EHRLICH hatte es bereits früher dargelegt —, daß in den Organen bedeutsame Verschiedenheiten in bezug auf den Gehalt an Sauerstoff existieren, und hat rein intuitiv empfunden, daß in dieser ungleichen Verteilung des Sauerstoffs der Schlüssel zu der Erforschung der Lebensvorgänge liegt. In welcher Weise und in welcher Form der Sauerstoff verteilt ist — ob chemisch im Molekül gebunden oder physikalisch angelagert —, sollte zunächst gleichgültig sein. Wesentlich ist auf den ersten Blick die Tatsache, daß in engen Grenzen der Zellelemente an bestimmten Stellen mehr Sauerstoff anzutreffen ist als an anderen. Das organische Leben scheint einen steten, unaufhörlichen Ausgleich zwischen Sauerstoffreichtum und Sauerstoffarmut zu bedeuten, ohne daß es zu einem völligen Ausgleich kommt, da die Energien, die das Spiel der Kräfte bewirken, sich stets erneuern. Das Gefälle, welches zwischen O-Reichtum und O-Armut herrscht, hat bei denselben Zellelementen stets die gleiche Richtung, und es kommt hauptsächlich nur darauf an, das relative Niveau kennenzulernen. Oxydation und Reduktion im Organismus sind somit Umsetzungen, die man vorläufig nicht genau präzisieren kann, die wir uns aber als ein Abfließen von höher mit Sauerstoff beladenen Stellen zu den tieferen, weniger mit Sauerstoff beladenen Stellen denken sollten.

Würde man nach einem Analogiebild etwa in den Erscheinungen der Elektrizität suchen, so wäre das ganz falsch. Hier hat man mit entgegengesetzten Energien, die sich rasch ausgleichen, zu tun, während in unserem Falle die Gegensätzlichkeit nicht qualitativer, sondern quantitativer Art ist. Überdies findet im Organismus überhaupt kein völliger Ausgleich statt, da, wie gesagt, der Lebensprozeß für die weitere Verschiebung der O-Energien sorgt.

Ein besserer Vergleich bietet sich uns in den Klassengegensätzen, wie sie sich im praktischen Leben zwischen arm und reich zeigen. Es ergibt sich eine Analogie zwischen der Rolle des Geldes im wirtschaftlichen Organismus und der des Sauerstoffs im Lebensprozeß. In der sozialen Gesellschaft sehen wir gleiche Spannungen zwischen Armut und Reichtum, ein stetiges Abfließen des Geldes von begüterten zu unbegüterten Elementen, aber auch da findet kein völliger Stillstand statt, da das Wirtschaftsleben für die Aufrechterhaltung bzw. Erneuerung der Gefälle sorgt, so daß die Gegensätzlichkeit nimmer aufhört.

Die Oxydationsvorgänge gleichen einigermaßen diesem trivialen Beispiel, und ähnlich so sollten die Ideen UNNAS über die Sauerstoffverhältnisse aufgefaßt werden.

Das Neue an den UNNAschen Lehren liegt einerseits in der Feststellung und der Betonung der Gegensätze in bezug auf das Sauerstoffbedürfnis des Organismus im allgemeinen, andererseits in der Auffindung eines Mittels, um das Gefälle selbst bis in die einzelnen Zellen hinein tinktoriell festzuhalten und so eine plastische Vorstellung von der Verteilung der Sauerstoffenergien in der Zelle zu gewinnen. Dieses Mittel war in einem Reagens — Rongalitweiß — gegeben, das in

Digitized by Google

äußerst empfindlicher Weise durch Farbenumschlag anzeigt, wo Reichtum bzw. Armut an Sauerstoff herrscht. An der Hand dieses Indikators, welcher sich insbesondere für mikroskopische Prüfungen eignet, war es möglich, die Verteilung des Sauerstoffs im Organismus zu verfolgen und so die Prinzipien, nach denen sich die Lebensvorgänge abspielen, aufzufinden.

Anatomie und allgemeine Pathologie.

Von

Dr. Johannes Fick, Wien.

Im Nachstehenden soll der Versuch gemacht werden, von demjenigen Teile der bisherigen Lebensarbeit Unnas, der sich auf die Anatomie, Physiologie und allgemeine Pathologie der Haut bezieht, ein Bild zu entwerfen. Die Frische, Folgerichtigkeit und Genauigkeit, die neben der Originalität Unnas Arbeitsweise auszeichnen, bekunden sich schon darin, daß Unna, nachdem er sich sein Spezialfach gewählt, dessen Studium sofort und ab ovo beginnt, nämlich mit der Doktordissertation und der Anatomie der Haut. Um gewiß die richtige Führung bei seinen ersten anatomischen Arbeiten zu haben, wählt Unna sich einen Anatomen von Fach, Waldeyer, zum Lehrer. Mit diesem seinem Lehrer ist Unna auch später stets in Verbindung geblieben und in der Festschrift für Waldeyer finden wir Unna mit einer ebenso originellen wie exakt durchgeführten Arbeit (Die Reduktions- und Sauerstofforte des tierischen Gewebes. Arch. f. mikrosk. Anat., 1911, Bd. 78) vertreten. Diese Arbeit zu besprechen ist hier nicht meine Aufgabe und ich erwähne sie nur, weil sie für die von Unna von Anfang an geübte Arbeitsweise besonders charakteristisch ist. Das Prinzip, im rechten Moment alte Untersuchungsmethoden zu verlassen, um mit neuerfundenen Methoden an alte Fragen heranzutreten, hat Unna von Anfang an geleitet, diesem Prinzip hat er seine großen Erfolge zu danken. Er verwendet als einer der ersten in ausgiebigster Weise die basischen Anilinfarben zur Färbung seiner histologischen Schnitte. Zunächst in fertigem Zustande. Erkennt dann wieder im richtigen Moment, im ersten Dezennium dieses Jahrhunderts, daß die wissenschaftliche Ausbeute mit diesen Methoden vorläufig ziemlich erschöpft ist, kommt auf die Idee, diese Farben in ihre Leukobasen zu verwandeln und als solche auf die Gewebe einwirken zu lassen, und untersucht nun als 60jähriger mit der Unverdrossenheit des 25jährigen dasselbe Material wie 1875, normale menschliche Haut und zum Vergleich herangezogene andere menschliche und tierische Organe. Trotz aller großen Erfolge auf anderen Gebieten unseres Faches bleibt Unna bis zum heutigen Tage ein treuer und erfolgreicher Bearbeiter des Gebietes, auf welches sich seine ersten Arbeiten beziehen, immer bestrebt, Fragen, auf die seine ersten Arbeiten keine endgültige Antwort brachten, mit neuen Methoden wieder vorzunehmen.

Digitized by Google

Schon in der allerersten Arbeit (Beiträge zur Histologie und Entwicklungsgeschichte der menschlichen Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde. Arch. f. mikr. Anat., 1876, Bd. 12) ist es die Anwendung einer damals neuen von RANVIER angegebenen Farblösung, des Pikrokarmins, die es UNNA ermöglicht, das altbekannte Bild eines Schnittes durch die Haut in einem viel klareren Lichte zu sehen als die Untersucher vor ihm und daher die verschiedenen Schichten der Oberhaut präziser zu definieren[1]). Er gibt eine ausführliche Beschreibung der Hornschicht, an der man eine fester gefügte, ganz oberflächliche, eine lockerere mittlere und eine wieder festere basale unterscheiden kann. Die damals noch diskutierte Frage, ob man an der Epidermis zwei genetisch verschiedene Schichten zu unterscheiden habe, wird von UNNA verneint. Es folgt eine Beschreibung des tinktoriellen Verhaltens des Keratohyalins, über dessen Natur damals noch fast nichts bekannt war. Auch der damals noch ganz dunkeln Frage nach der Art und Weise der Regeneration der Epidermis geht UNNA nicht aus dem Wege. Er meint, der Nachwuchs der Zellen entstehe durch Abschnürungsprozesse in der untersten Epithellage; die Stachelzellschicht liefere keinen weiteren Nachwuchs. UNNA führt die Bezeichnungen Stachelzellenschicht (Stratum spinosum) und Körnerschicht (Stratum granulosum) ein. Das Stratum lucidum will er als basale Hornschicht bezeichnet wissen. Die Hornschicht besteht also nach UNNA aus vier Schichten, 1. der basalen, 2. der superbasalen, 3. der mittleren und 4. der oberflächlichsten Hornschicht. Die Bezeichnungen Strat. spinosum und Strat. granulosum haben sich seit Jahren so allgemein eingebürgert, daß es heute vielfach wohl schon in Vergessenheit geraten ist, daß sie von UNNA stammen. UNNAs Einteilung der Hornschicht ist nicht so allgemein akzeptiert, aber wohl mit Unrecht, denn ihre Zweckmäßigkeit wird durch die Arbeiten noch der allerletzten Zeit erwiesen (s. u.), ebenso wie es sich ja gezeigt hat, daß UNNAs Auffassung, das Strat. lucidum gehöre zur Hornschicht — was 1876 nicht so selbstverständlich war wie heute — zutreffend war. Nach Besprechung der Oberhaut wendet sich UNNA zur Beschreibung des Haares. Das Kapitel ist in zwei Abschnitte: a) innere Wurzelscheide und Oberhäutchen und b) Beethaar und Haarwechsel, geteilt. Im ersten Abschnitt ist besonders wichtig die Feststellung, daß die innere Wurzelscheide derjenige Teil des Haares ist, der mit zunehmendem Alter sich als erster von seinem Mutterboden ablöst, ferner die damals sehr bedeutsame Feststellung, daß zwischen der innersten Lage der äußeren Wurzelscheide (Stachelschicht des Haarbalgs nach UNNA) und HENLEs Lage auch nicht der mindeste Übergang aufzufinden ist und bei keiner Behandlungsmethode jemals nachgewiesen worden ist. Diese klaren Feststellungen bedeuten einen großen Fortschritt, wenn man sich die einander sehr widersprechenden Anschauungen der damaligen Zeit über die verschiedenen Schichten des Haares und deren Genese vergegenwärtigt. Vieles,

[1]) Die Auswahl der in diesem Kapitel zu besprechenden Arbeiten wurde von den Herausgebern getroffen. In dieser Auswahl war die Arbeit im Arch. f. mikrosk. Anat., Bd. 12, nicht enthalten. Ich konnte es mir aber nicht versagen, sie zu besprechen, weil sie gerade als erste bedeutende Arbeit UNNAs ein ganz besonderes Interesse bietet.

Digitized by Google

was uns heute selbstverständlich erscheint, ist dies erst durch Unnas Arbeit geworden. Im zweiten Abschnitt, der das eigentliche Haar behandelt, werden zunächst die Unterschiede zwischen Papillen- und Kolbenhaar, welch letzteres Unna „Beethaar" nennt, genau stipuliert. Der Begriff des Haarbeetes wird eingeführt. Dem fertigen Beethaar, d. h. dem im Haarbeet angelangten Beethaar fehlen die innere Wurzelscheide und das Mark. Genetisch sind aber, wie Unna im Gegensatz zu Götte betont, Beet- und Papillenhaar identisch, was daraus hervorgeht, daß man in einem gewissen Stadium am Beethaar noch die innere Wurzelscheide, die sich abbröckelt, nachweisen kann. Ebenso findet man auch noch in manchen Beethaaren Reste von Haarmark. Die dann weiter ausgeführte Anschauung, daß das Haar im Haarbeet angelangt, hier noch weiter wächst, hat sich nicht als haltbar erwiesen und ist von Unna selbst im Laufe der Zeit aufgegeben worden. Aus der Besprechung des Haarwechsels sei hervorgehoben, daß nach Unna die Form der Papille ein sehr zweifelhaftes Kriterium für den Beginn des Haarwechsels ist, dagegen findet sich ein Starrwerden des unteren Teiles der Balgwand. Trotzdem die Papille noch ihre normale Größe vollkommen bewahrt, ist die umgreifende Epithelkappe um ein bedeutendes verschmälert, welcher Umstand hauptsächlich auf ein fast vollständiges Schwinden der Matrix der inneren Scheide zu schieben ist. Beschreibung des Haarbeetes, der Haarentwicklung beim Embryo und Erörterung der Frage, ob das neue Haar auf der alten oder einer neuen Papille entsteht (diese Frage wird offen gelassen, jedenfalls entsteht es im alten Haarbalge), beschließen den Abschnitt. Zum Schluß bespricht dann Unna den Nagel und dessen Entwicklung in 12 Thesen, die kurz begründet werden. In allen wesentlichen Punkten stellen diese Thesen eine Formulierung der heute geltenden Anschauungen dar; übrigens scheint es auch heute noch nicht entschieden, ob der eigentliche Nagel wirklich keinen Zuschuß von der Stachelschicht des Nagelbettes erhält, denn man muß doch fragen, was denn aus diesen Zellen, wenn sie schließlich verhornt sind, wird; sie können doch nicht als Zellen der Hornschicht des Nagelbettes ad infinitum liegen bleiben. Man muß also doch wohl annehmen, daß sie von dem sich auf dem Nagelbett vorschiebenden Nagel mitgenommen, d. h. also auch ihm gewissermaßen einverleibt werden.

Bei der Besprechung dieser ersten uns hier interessierenden Arbeit Unnas habe ich mich deswegen so lange aufgehalten, weil sie das Fundament bildet, auf welchem Unna sein ganzes Lehrgebäude der Hautanatomie allmählich aufgeführt hat. Das Schlußkapitel der Arbeit führt uns gleich auf eine andere auf den Nagel bezügliche; sie ist „Anatomisch-physiologische Vorstudien zu einer künftigen Onychopathologie" betitelt und 1881 in der Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis erschienen. Der in 14 Paragraphen eingeteilte Artikel ist noch heute lesenswert, denn in sehr anschaulicher Weise entwickelt Unna seine Ansichten über Wachstum und Konfiguration des Nagels. Der sehr zweckmäßige Begriff der „Schichtungsebene" wird eingeführt und in § 6—10 in lichtvoller Weise erörtert, welchen Einfluß auf die Dicke und Konfiguration der Nagelplatte Beschleunigung bzw. Verlangsamung des Wachstums an der Nagelmatrix haben müssen. Z. B. wird der Nagel dicker,

Digitized by Google

wenn die Matrixzellen an dem vorderen Rande der Lunula relativ langsam wachsen, ebenso wird er dicker, wenn die am weitesten nach hinten situierten Nagelmatrixzellen relativ rasch Nachschub liefern. In § 11 zieht UNNA aus seinen bisherigen Betrachtungen die Folgerung, „daß die gewöhnliche Auffassung der Nagelverdickungen als Hypertrophien und der Verdünnungen als Atrophien einer wissenschaftlichen Korrektur bedarf". Die Begriffe Hypertrophie und Atrophie des eigentlichen Nagels sind im höchsten Grade einzuschränken und es empfiehlt sich nach UNNA von Defigurationen der Nagelplatte zu sprechen; er versteht unter Defigurationen alle jene Formveränderungen der Nagelplatte, welche, mit einer Umlagerung der Schichtungsebene einhergehend, zu partieller oder totaler Verdickung oder Verdünnung der Nagelplatte führen. § 12 bringt eine Besprechung der Defekte der Nagelplatte. Sie sind stets hervorgebracht durch den vollständigen Ausfall in der Proliferation einer bestimmten, oft nur punktuellen Region der Matrix. Aus § 13 ist hervorzuheben, daß UNNA die Ursache davon, daß nach vollständiger Entfernung eines Nagels zuerst nur eine unförmliche Hornmasse nachwächst, darin sieht, daß der Druck der subungualen Hornschicht (der Hornschicht des Nagelbettes) fehlt. Erst allmählich wird dieser normal und damit fähig, auf die verhornenden Zellen der Nagelplatte einen Einfluß auszuüben. Im 14. Schlußparagraphen wird betont, daß Affektionen der Nagelplatte und des Nagelbettes scharf voneinander zu trennen sind. „Alle krankhaften Stellen des Nagels, welche in derselben Richtung wie die Nagelplatte langsam aber gleichmäßig und stetig ihren Ort verändern, weisen auf eine Affektion der Matrix hin. Alle krankhaften Stellen des Nagels dagegen, welche ihren Ort nicht verändern, sind auf eine Affektion des Nagelbettes zu beziehen."

Aus demselben Jahre (1881) stammt eine Arbeit über die normale Zungenoberfläche und den normalen Zungenbelag (Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis). UNNA stellt fest, daß für die Farbe der Zunge die Blutzirkulation und der Zustand der Hornschicht ausschlaggebend sind. Die Beschaffenheit des Niveaus wird bestimmt durch den Zustand der Hornschicht und die Papillenverteilung; letztere unterliegt den größten individuellen Schwankungen. Namentlich erfordert der Zustand der Hornschicht eine genaue Betrachtung. Die fadenförmigen Papillen tragen, wenn die äußersten Verhornungsschichten vollständig erhalten sind, einen feinen Haarbüschel an ihrer Spitze. Die Gesamtheit dieser Haarbüschel gibt der Zunge das filzähnliche Aussehen. Bedecken nun die haarförmigen Papillen in voller Länge die ganze Oberfläche der Zunge, so sieht diese überall weißlich und rauh aus. Wenn dagegen vom Zungengrunde aus nach vorn und den seitlichen Rändern die Länge der die Haarbüschel tragenden Papillen allmählich abnimmt, glättet sich die Zunge nach dem Rande hin (der häufigste Fall) und rötet sich. Hört diese Papillenform bereits vor dem Rande ganz auf, so ist die Zunge glatt- und rotrandig. Länge und Dicke der Haarbüschel bestimmen ferner die feineren Nuancen des Filzes. Je länger die Haarbüschel, desto weißlicher sehen die betreffenden Zungenpartien aus, bei einem gewissen Grade der Ausbildung der Haarbüschel resultiert daher schon normalerweise ein „Zungenbelag". Der pathologische

Digitized by Google

Zungenbelag entsteht durch eine Schwellung der genannten Haarbüschelbekleidung der Papillae filiformes. Die Schwellung der ganzen Hornschicht ist durch eine Quellung der Hornzellindividuen, die stärkere Weiße durch dieselbe Quellung und eine Lockerung der oberen Hornschichten bedingt, mit welcher sich das spätere Abwerfen derselben einleitet. Komplikationen des Bildes entstehen durch Pilzwucherung in der Hornschicht, sekundäre Vertrocknung und Verklebung der Haarbüschel und dergleichen. Die pilzförmigen Papillen sind in ihrem bindegewebigen Abschnitte höher als die haarförmigen, in ihrem vollen Haarkleide betrachtet dagegen niedriger als diese. Von diesem normalen Verhalten sind Abweichungen sehr häufig, wodurch wieder große Mannigfaltigkeit im Aussehen der verschiedenen Zungen resultiert. Die Farbe der pilzförmigen Papillen ist röter als die der haarförmigen. Die verschiedene Verteilung der beschriebenen Papillen bringt nun eine so große individuelle Mannigfaltigkeit hervor, daß eine Einzwängung in bestimmte Typen unmöglich erscheint. Gewöhnlich dominieren die pilzförmigen Papillen am Zungenrande, die filiformen am Zungenrücken. Eine häufige Erscheinung sind erbsen- bis kirschkerngroße Gruppen pilzförmiger Papillen, die sich neben vereinzelten solchen Papillen öfter am Zungenrande, bisweilen jedoch auf dem Zungenrücken finden. Auch strichweiser Mangel von Papillen kommt vor, der zur Bildung von Furchen und Gräben Veranlassung gibt. Zum Schlusse werden vier Beispiele verschiedener Zungen angeführt. Diese Arbeit zeigt, daß Unna auch die Grenzgebiete seines Faches nicht vernachlässigt, sondern Fragen aus diesen mit derselben Gründlichkeit bearbeitet, wie rein dermatologische. Auf ein ziemlich fern liegendes Gebiet begibt sich Unna in einem ebenfalls 1881 erschienenen Aufsatz: „Zur Theorie der Drüsensekretion insbesondere des Speichels. Eine physiologische Hypothese.“ Zentralbl. f. d. mediz. Wissensch., Nr. 14. Die Entdeckung der Muskelzellen in den Knäueldrüsen durch Ranvier bringt Unna auf die Idee, auch in den Speicheldrüsen das Vorhandensein kontraktiler Elemente zu vermuten. Er formuliert seine Hypothese so: „Das korbähnliche Zellengeflecht, in welches die Drüsenzellen eingelagert sind, sei kontraktil, und zwar werde es direkt vom Sympathikus innerviert, indirekt auf der Bahn des letzteren, dagegen auch durch zerebrale Reize und so reflektorisch bei jeder Reizung der zerebralen Drüsennerven“, und sagt dann weiter: „Diese Annahme festgehalten, erklären sich, wie ich sehe, alle von Heidenhain so vorzüglich dargestellten Schwierigkeiten der Diffusionstheorie wie folgt.“ Unna geht nun diese Schwierigkeiten einzeln durch und zeigt, wie sie bei Annahme seiner Hypothese verschwinden. Zum Schluß meint er: „bei der oftgenannten Kompression handelt es sich nicht um die Auspressung eines fertigen, flüssigen Inhaltes aus einer schlaffen Blase, sondern einfach um die Herstellung einer größeren Gewebsspannung, eines höheren mechanischen Druckes auf die in Absonderung begriffenen Zellen. Ein solcher wird, hoffe ich, die trophischen Nerven der Speichel- und anderer Drüsen unnötig machen.“ Einer Bestätigung dieser Hypothese begegnen wir in den neueren physiologischen Werken wohl nicht. Ein anatomisches Substrat für die von Unna angenommene Kontraktilität wurde bisher nicht gefunden.

Digitized by Google

Aus dem Jahre 1882 stammen zwei Sammelreferate über Arbeiten, die die Lymphbahnen der menschlichen und tierischen Haut und das subkutane Fettgewebe betreffen, ferner eigene Arbeiten UNNAS über das elastische und glatte Muskelgewebe und die Verhornung, auf die wir hier nicht näher eingehen, da sie uns bald bei Besprechung des von UNNA bearbeiteten Kapitels in ZIEMSSENS Handbuch beschäftigen werden, endlich eine „Die Nervenendigung in der menschlichen Haut" betitelte Arbeit (Mh. f. pr. Derm., 1882, Nr. 8). UNNA beschreibt hier paarige intrazellulare Nervenendknöpfe in der Epidermis. Außerdem kommen freie Endknöpfchen zwischen den Zellen vor, aber die Regel ist die intrazellulare Endigung. Diese Beobachtung UNNAS ist von späteren Untersuchern nicht bestätigt worden; wenn es überhaupt vorkommt, was aber auch heute noch nicht sichergestellt ist, daß feinste Nervenfasern intrazellular endigen, so geschieht das jedenfalls nur an vereinzelten Zellen und stellt jedenfalls nicht das Typische dar, wie UNNA damals annahm.

Die 1883 im 14. Bande von ZIEMSSENS Handbuch der spéz. Pathologie und Therapie erschienene Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Haut ist eine zusammenfassende Darstellung, der man nur in einzelnen Kapiteln anmerkt, daß sie vor 37 Jahren erschienen ist und sich auf Einzeluntersuchungen stützt, die bis ins Jahr 1875 zurückreichen. Wie es damals im allgemeinen mit den Darstellungen der Anatomie der Haut bestellt war, können wir uns heute wohl nur schwer vorstellen, aber diesbezüglich vielsagend erscheint mir die Fußnote auf S. 21, die ich wörtlich hersetze: „Epidermis und Oberhaut sind Synonyma. Möchte doch die mißbräuchliche Bezeichnung der Hornschicht mit Epidermis endlich einmal aus wissenschaftlichen Werken verschwinden!" UNNAS klare, auf eine exakte und zweckentsprechende Nomenklatur Gewicht legende Darstellung muß zu einer solchen Zeit besonders wohltuend gewirkt haben. Auch vergegenwärtige man sich, daß damals nach einer argen Vernachlässigung von seiten der Anatomen die Anatomie der Haut erst wieder durch RANVIERS und WALDEYERS Arbeiten mehr in den Vordergrund des Interesses gerückt worden war. UNNA bearbeitete also in vieler Hinsicht ganz neues Land. Zuerst bespricht UNNA den bindegewebigen Teil der Haut, das elastische Gewebe, die Muskulatur. Hier interessiert besonders die Betonung der funktionellen Zusammengehörigkeit des elastischen Gewebes und der Muskulatur. Besonders eingehend wird der Papillarkörper besprochen. Auf S. 21 wendet sich UNNA dann zur Epidermis. Sehr ausführlich wird die Hornschicht besprochen, die darauf bezüglichen S. 31—37 sind noch heute lesenswert und der Schlußsatz: „die eigentliche Verhornung der Oberhautzellen betrifft doch nur den Mantel der Zelle und besteht in der Bildung einer Hornmembran", hat noch heute Geltung. UNNA hat ja dem Prozeß der Verhornung stets sein besonderes Interesse gewidmet und noch in allerjüngster Zeit sehen wir ihn und seine Schüler mit der genaueren Durchforschung des Verhornungsprozesses beschäftigt. Ein wichtiger, noch heute geltender Satz (S. 38) sei hier wörtlich zitiert: „Es ist daher die Entstehung des Keratohyalins allerdings eine Begleiterscheinung gerade des Verhornungsprozesses, aber eine durch diesen letzteren, der die Peripherie der Zelle ergreift,

Digitized by Google

herbeigeführte; nicht umgekehrt führt das Auftreten des Keratohyalins zur Verhornung." Die anschließende Besprechung des Nagels stellt ein Resümee der früheren Arbeiten dar, die wir bereits besprochen haben. Sehr eingehend wird auf S. 51—86 das Haar besprochen. Die Beschreibung der Befunde kann man noch heute als mustergültig bezeichnen, bezüglich der Deutung sind wir und auch Unna selbst heute wohl in mancher Hinsicht anderer Ansicht, so namentlich in bezug auf das Beethaar. Es ist übrigens nicht ohne Interesse zu sehen, mit welchem Geschick Unna auf S. 77—80 einen verlorenen Posten verteidigt. Nach relativ kurzer Besprechung der Talgdrüsen werden die Schweißdrüsen, für die Unna die alte Meissnersche Bezeichnung „Knäueldrüsen" wieder einführt, ausführlich erörtert. Unna sieht in den Knäueldrüsen Drüsen, die lediglich zur Einfettung der Haut bestimmt sind. Wenn man den Schweiß aus den Schweißporen austreten sieht, so liegt es nahe, ihn in den Knäueldrüsen entstehen zu lassen, aber nach Unna entsteht er nur zum kleinen Teile in den Drüsen, sondern der Gewebssaft der Oberhaut tritt in den Schweißporus und durch diesen an die Oberfläche. „Nicht die Knäueldrüsen, sondern die Schweißporen sind die Conditio sine qua non des Schwitzens; der Hund schwitzt bekanntlich nicht, er hat eben keine Schweißporen, wohl aber Knäueldrüsen, welche sich bei ihm in die Haarbälge ergießen." Heute lassen wohl die meisten Autoren den wäßrigen Schweiß in den Knäueldrüsen entstehen, es bleibt aber jedenfalls ein Verdienst Unnas, der alten Meissnerschen Auffassung von der Fettsekretion der Knäueldrüsen wieder allgemeine Geltung verschafft zu haben und daß der wäßrige Schweiß z. T. wenigstens aus der Oberhaut stammt, wurde durch die Untersuchung von Unnas Schüler Heuss (1892) erwiesen. Unnas damalige Anschauung, daß auch das Fett des subkutanen Fettpolsters von den Knäueldrüsen geliefert wird, hat heute wohl nur noch historisches Interesse, dagegen ist die Besprechung der Blut- und Lymphgefäße, insbesondere die der letzteren, noch immer lesenswert. Den Schluß bilden Bemerkungen über die Nerven und das Pigment. Die Bedeutung der zusammenfassenden Darstellung Unnas geht wohl am besten daraus hervor, daß sie noch bis in die neueste Zeit von den Autoren verwendet wird (z. B. Rabl 1901; Tarisch-Matzenauer 1908).

Aus einem Aufsatze „Überhäutung und Überhornung" (B. kl. W., 1883, Nr. 35) interessiert uns hier der neuerliche Hinweis darauf, daß die Verhornung sich nur an der Oberfläche der Oberhautzellen abspielt. Nur diese verwandelt sich in Keratin, während der Kern und der größte Teil der Zellsubstanz teils vertrocknet, teils sekundäre Produkte abscheidet, teils bei guter Einfettung und saurer Reaktion erhalten bleibt.

Der ebenfalls 1883 erschienene Artikel „Neue Beiträge zur Anatomie der Haut" (Mh. f. pr. Derm., 1883) bringt ein Referat über eine Arbeit von Balzer über das elastische und Muskelgewebe der Haut und über zwei Arbeiten von Lewinski über Hautfurchen und Hautpapillen und über Furchen und Falten der Haut. Uns interessiert hier Unnas Ansicht über das elastische Gewebe. Nach dieser ist das elastische Gewebe eine Art Hemmungsvorrichtung, die Druck und Zug gleichmäßig verteilt. Es gehört physiologisch zur Hautmuskulatur; die Tatsache, daß muskelarme Gewebe wie die Haut relativ viel elastisches Gewebe aufweisen,

Digitized by Google

deutet darauf hin, daß dieses letztere eine äußerst zweckmäßige Ergänzung der ersteren ist. Die elastischen Fasern besitzen eine sehr vollkommene, wenn auch nur geringe Biegungselastizität; das elastische Gewebe ist elastisch im Sinne einer Spiralfeder. „Die Hautmuskulatur verbraucht durch Anspannung des elastischen Gewebes dessen geringe und vollkommene Biegungs- und Torsionselastizität und bewirkt dadurch mittelbar eine Steifung und Zusammenschiebung des kollagenen Gewebes, die Kontraktion der Haut." Bei Besprechung der Arbeiten Lewinskis ist Unna bei voller Anerkennung des Wertes der von Lewinski gefundenen Tatsache, daß es möglich ist, durch einfachen Zug die papillaren Bildungen auszugleichen, mit den Folgerungen Lewinskis nicht einverstanden. Die Bewegungen der Haut haben einen Einfluß auf die Bildung der Oberhautfelderung und nicht etwa, wie Lewinski annimmt, die Oberhautfelderung erlaubt die Bewegung. Unna weist darauf hin, daß an manchen Körperstellen, die gerade beständig in Bewegung sind, wie z. B. im Gesicht, die Papillen sehr klein und unbedeutend sind, während gerade Handteller und Fußsohlen sehr lange Papillen haben. Unna nimmt vielmehr an, daß die Papillen durch die Epidermis geformt werden, und sie entstehen erst dann, wenn die Hornschicht zu unnachgiebig geworden ist, um eine Verdickung des Epithels nach oben zu erlauben.

Aus dem Jahre 1884 stammt ein Referat über die Arbeiten von Flemming, Pfeitzner, Arnold, Martin, Ostry über Kern- und Zellteilung (Mh. f. pr. Derm., 1884). Namentlich das Flemmingsche Buch wird sehr eingehend besprochen. Zum Schlusse macht Unna Bemerkungen über die beste Färbung der Mitosen, empfiehlt häufige Vornahme der Biopsie und der „Zoopexis". Unter letzterer versteht Unna die Fixierung des Gewebes in vivo vor der Exzision und bespricht die hierzu geeigneten Mittel.

Wichtiger für uns als der vorige referierende Artikel ist eine Originalarbeit „Über das Pigment der menschlichen Haut" (Mh. f. pr. Derm., 1885). Nach einleitenden Bemerkungen, die besagen, daß am Lebenden nur das Oberhautpigment experimentell studiert werden kann, wird festgestellt, daß wir in der Oberhaut zunächst zwei ganz verschiedene Farbenträger scharf voneinander zu trennen haben, nämlich Pigment und Hornfarbe. Die Hornfarbe beginnt in der basalen Hornschicht, sie ist hellgelb bis schwärzlich (letzteres nur unter pathologischen Bedingungen, die normale Hornfarbe ist hellgelb). Die Hornfarbe ist in evidenter Weise abhängig vom Alter der Hornzellen, „je älter, trockener und fester die Hornschicht, desto dunklere Hornfarbe zeigen die einzelnen Zellen. Der Prozeß der Verhornung ist mit einer Sauerstoff- und Wasserentziehung verbunden. Durch Oxydation (H_2O_2) läßt sich die Hornfarbe bleichen. Die fertige Hornsubstanz reduziert selbst auch wieder (z. B. $AgNO_3$). Dann aber läßt sich auch leicht verstehen, daß, je älter die Hornsubstanz wird, desto mehr Hornfarbe in ihr abgeschieden wird. Oder um uns positiver auszudrücken — wenn wir also den reduzierenden Bestandteil einmal den normalen Schwefelgehalt der Hornsubstanz betrachten — eine Annahme, die die größte Wahrscheinlichkeit für sich hat — so läßt sich leicht verstehen, daß der natürliche Schwefel der Hornsubstanz eine mit der Zeit immer stärker werdende Schwärzung derselben bedingt." Das Licht wirkt

Digitized by Google

auf die Hornfarbe nicht bleichend, sondern im Gegenteil, es wird am Licht die Farbe dunkler. Das Pigment ist von Unna stets eisenfrei befunden worden. Es erscheint ihm wahrscheinlicher, daß das Pigment in der Kutis entsteht und mit dem Lymphstrom in die Epidermis gelangt, als daß es in der Epidermis entsteht. Die Pigmentierung wird durch die Einwirkung der violetten und ultravioletten Strahlen des Spektrums auf die Haut hervorgerufen. Versuche mit Kurkumatinktur, Alkanna und ähnlichen Mitteln zeigten, daß, wo das lichtempfindliche Papier durch Kurkuma usw. geschützt war, ein weißer Fleck entstand. Unna fordert dazu auf, Kurkumatinktur oder Kurkumapasten auf die Haut aufzustreichen und diese dann dem Sonnenlichte auszusetzen, um festzustellen, ob, wie er hypothetisch angenommen, die Pigmentierung der Haut unter dem Einflusse des violetten Spektrumrandes steht.

Die Arbeit „Zur Kenntnis des elastischen Gewebes der Haut" (Mh. f. pr. Derm., 1887) zeigt uns Unnas rastloses Bestreben, durch Verbesserung der Färbemethoden neue Resultate zu erhalten; heute sind die Resultate dieser Arbeit durch spätere überholt. In dem sehr eingehenden historisch-kritischen Referat „Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten fünf Jahren" (Mh. f. pr. Derm., 1888) erscheint Unna als ebenso gewissenhafter wie kritischer Referent. Alle einzelnen Bestandteile der Haut werden in 6 Abschnitten an der Hand der einschlägigen Arbeiten durchgenommen und dem Leser wird ein anschauliches Bild der seit 1883 angesammelten Forschungsergebnisse geboten. Die Arbeit zeigt, wie Unna neben selbständiger Forschung noch immer Zeit findet, die Fachliteratur nicht nur sorgfältig zu verfolgen, sondern auch kritisch zu verarbeiten.

Von besonderem Interesse sind die „Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut", die aus den Jahren 1888 und 1889 stammen und 1889 und 1890 in den Mh. f. pr. Derm. erschienen. In 7 Kapiteln bespricht Unna die Zirkulationsstörungen. Wir können hier aus der Fülle des Stoffes nur einiges hervorheben, so aus dem 2. Kapitel den Satz „Lähmungs- oder Hemmungsvorgänge sind es daher fast sämtlich, mit denen wir es im Kapitel der Hyperämien zu tun haben. Die Eigentümlichkeit der Hautgefäße liegt eben in ihren starken Tonus (z. B. gegenüber den Lungengefäßen); die Hyperämien, wenigstens die sog. arteriellen sind daher ohne Ausnahme Lähmungserscheinungen." Unna schlägt daher vor, statt von aktiver Hyperämie von „Wallungshyperämie" zu sprechen, wenn man schon nicht Lähmungshyperämie sagen will. Dieser Wallungshyperämie ist nun das 3. Kapitel gewidmet. Sie entsteht durch Herabsetzung des Tonus der Arterien, die Kapillaren füllen sich, die Haut rötet sich, dagegen ist „Ödem der Haut nie die Folge einfacher Hyperämie durch Parese der Hautarterien". Im 4. Kapitel wird die Stauungshyperämie, die auf zu starken Venentonus zurückzuführen ist, besprochen. Im 5. Kapitel „Ödem" trennt Unna scharf das entzündliche von dem mechanischen Ödem. Das erstere schließt sich an die Wallungshyperämie an, das letztere an die Stauungshyperämie. Verschluß sämtlicher Lymphbahnen einer Extremität verursacht kein Ödem, dagegen tritt unfehlbar Ödem ein bei Verschluß sämtlicher oder auch nur einer Hauptzahl von Venen. Das Hauptkontingent aller Hautödeme stellen die venogenen oder Stauungsödeme. Im 6. Kapitel wird die Blutung besprochen.

Digitized by Google

Rhexis und Diapedesisblutungen sind prinzipiell und streng voneinander zu trennen. Aus dem wichtigen 7. Kapitel „Angioneurosen" heben wir den Satz hervor „In allen Fällen besteht nun das charakterische Element der Angioneurosen darin, daß die Blutüberfüllung des Kapillarsystems nicht in der normalen Weise durch eine adäquate Kaliberschwankung der Hautvenen und eine einfache Strombeschleunigung ausgeglichen wird, sondern eine Hemmung erfährt". Es folgt eine Kritik der von AUSPITZ aufgestellten Gruppen. Das Erythema exsudativum multiforme gehört nach UNNA nicht zu den Angioneurosen, ebensowenig das Erythema nodosum, sondern zu den infektiösen Hautentzündungen. Zum Schluß schlägt UNNA eine Klassifizierung vor und motiviert dieselbe. In allen Kapiteln wird durch Beispiele aus der speziellen Pathologie die Darstellung belebt.

Aus derselben Zeit stammt ein Referat über „Die nichtentzündlichen Ödeme der Haut" (Mh. f. pr. Derm., 1889). Nach UNNA ist die relative Insuffizienz der venösen Abfuhr die wahre Ursache für das Auftreten von nichtentzündlichen Ödemen. „Das Lymphgefäßsystem der Haut ist für den ganzen Saftstrom der Haut nur eine mehr oder minder in Anspruch genommene Seitenbahn", ferner „Absolute Aufhebung des Lymphstromes in den Lymphgefäßstämmen der Haut hat kein Ödem zur Folge, da die meiste Lymphe normalerweise durch die Hautvenen zum Herzen zurückgeführt wird".

In den Dermatologischen Studien 1889 erscheint eine Einleitung von UNNA zu den von ihm neu herausgegebenen Arbeiten von OEHL (Mikroskopisch-anatomische Untersuchungen zum Studium der Epidermis und Kutis der Palma manus) und von MEISSNER (Zur Funktion der Knäueldrüsen). Nachdem UNNA ja schon in dem von ihm bearbeiteten Kapitel in ZIEMSSENS Handbuch die alte MEISSNERsche Anschauung, daß die Knäueldrüsen neben anderen Funktionen hauptsächlich die Aufgabe der Absonderung eines fetthaltigen Sekretes haben, zu der seinigen gemacht, betont er hier neuerdings, namentlich KAPOSI gegenüber, diesen seinen seit 1883 unverändert gebliebenen Standpunkt.

Eine wichtige Arbeit von BUZZI aus UNNAS Laboratorium erscheint 1888 als vorläufige Mitteilung und 1889 in ausgeführter Form. Sie ist „Keratohyalin und Eleidin" betitelt und schafft endlich Klarheit in der Beurteilung dieser beiden bisher vielfach fälschlich miteinander identifizierten Stoffe. BUZZI weist nach, daß es sich um zwei ganz verschiedene Substanzen handelt, die sich durch ihre Verschiedenheit quoad Löslichkeit und Tinktionsverhalten mit Sicherheit voneinander unterscheiden lassen. In einer späteren Arbeit (1896) berichtet derselbe Autor über den Nachweis des Eleidins auch innerhalb der Zellen der basalen Hornschicht in Schnittpräparaten.

Eine bedeutsame Arbeit aus UNNAS Laboratorium ist ferner die von HEUSS (Die Reaktion des Schweißes beim gesunden Menschen. Mh. f. pr. Derm., 1892, Bd. 14). Mit Hilfe einer sehr sorgfältigen Methodik kommt dieser Autor zu folgenden Resultaten. „Die gesamte Hautoberfläche des gesunden Menschen reagiert, wenn auch in verschiedener Intensität, sauer." Auch Nagel und Haar reagieren sauer. „Die Hornschicht reagiert also nicht nur an ihrer Oberfläche, sondern bis in ihre

Digitized by Google

tiefsten Lagen sauer, und zwar in mit der Tiefe zunehmender Intensität." Auch die Stachelschicht reagiert sauer, die Kutis dagegen alkalisch. Der Schweiß des ruhenden Menschen reagiert beim Austritt aus dem Schweißporus sauer. Bei profuser Schweißsekretion nimmt die Azidität des Schweißes ab und kann neutral und sogar alkalisch werden. Stagnierender Schweiß wird alkalisch. Streng von der Schweißreaktion ist zu trennen die Oberhautreaktion. Heuss führt den Beweis, daß die Schweißbildung normalerweise an die Schweißdrüsen gebunden ist, daß dort, wo diese Drüsen fehlen, auch kein Schweiß sezerniert wird, aber der normale saure Hautschweiß ist ein Additionsprodukt, bestehend aus einem wenig sauren, wahrscheinlich schwach alkalischen Schweißdrüsen- und einem sauren Oberhautsekret.

Aus einem Vortrage Unnas in Heidelberg (Entzündung und Chemotaxis. B. kl. W., 1893, Nr. 20) ist die von Unna als „vorläufig" bezeichnete Definition der Entzündung von Interesse. Nach dieser ist Entzündung „eine Gewebsstörung, bewirkt durch Austritt von Exsudat aus den Blutgefäßen infolge der Anwesenheit eines chemotaktisch wirkenden Körpers im Gewebe".

Ebenfalls durch einen Vortrag (Über die neueren Protoplasmatheorien und das Spongioplasma. D. M. Ztg., 1895) lernen wir Unnas Anschauung über den feineren Bau der Zelle kennen. Unna schließt sich im wesentlichen Leydig und Bütschli (Wabentheorie) an, nichtsdestoweniger sind aber nach Unna die Fasern, auf die andere Autoren, so namentlich Flemming Gewicht legen, auch vorhanden, und zwar in den Wabenwänden.

Ein 1896 in der D. M. Ztg., Nr. 58 erschienener Aufsatz beschäftigt sich mit den Lochkernen des Fettgewebes. Nach Beschreibung dieser eigentümlichen Erscheinung an den Kernen der Fettzellen nimmt Unna hypothetisch an, daß die Erscheinung des Loches bzw. der Delle im Kern hervorgerufen wird durch das Vorhandensein eines festen, eiweißartigen, vielleicht sogar unorganische Substanzen aufgespeichert enthaltenden Koagulationsproduktes. Seife, Fett, Muzin, Hyalin sind auszuschließen. Anscheinend liegt ein regressiver oder degenerativer Prozeß vor.

Aus demselben Jahre stammt ein „Über das Haar als Rassenmerkmal und über das Negerhaar insbesondere (D. M. Ztg., 1896, Nr. 82 und 83) betitelter Aufsatz. Wichtig ist in der Arbeit die Feststellung, daß die neueren Untersucher zu der Ansicht gelangt sind, daß Gruppenbildung und Querschnittsform keinen selbständigen ethnologischen Wert besitzen und daß wir den Haarboden selbst genauer zu erforschen haben. Es wurde festgestellt, daß das spiral gelockte Haar aus einem säbelförmig oder spiralig gewundenen Haarbalg herauswächst. Es entstehen also die Fragen: 1. woher rührt die allgemeine Krümmung des Haarbalges und 2. woher rührt die Abknickung des Haarbulbus. „Nach meiner Erfahrung sind alle regelmäßigen spiraligen Bildungen, welche in der Haut vorkommen, Folgeerscheinungen einer regelmäßigen Raumbeschränkung gegenüber nachweisbar im Wachstum begriffenen Gebilden." Als Beispiel führt Unna die Knäueldrüsen an, deren anfänglich gerade vordringender Schlauch sich krümmt und aufrollt, wenn er in der Tiefe der Haut auf größere Widerstände stößt. Da nun die Negerhaut hin-

Digitized by Google

sichtlich des Baues der Kutis von der des Europäers keinen Unterschied zeigt, scheint nichts anderes übrig zu bleiben als „den Widerstand des Oberhautgebildes als abnorm gering anzunehmen". „Wir kommen mithin per exclusionem dahin, die einwachsende und sich zum Haar umbildende Oberhaut des Negers für abnorm weich und nachgiebig anzusehen." „Das büschelförmige Aussehen des Negerhaares endlich entspringt aus zwei Quellen, aus der unregelmäßigen Verteilung der Haarreihen und dem Zusammentreten der dicht stehenden, spiralig gekrümmten Haare zu Löckchen mit Entblößung der haararmen Stellen des Negerkopfs."

Die Arbeit von Rausch aus Unnas Laboratorium (Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen. Mh. f. pr. Derm., 1897, Bd. 24), in welcher die verschiedene Färbbarkeit der Hornzellen festgestellt wurde, ist hinsichtlich der Deutung der Befunde durch spätere Untersucher korrigiert worden. Sie sei daher nur kurz erwähnt, weil sie als Ausgangspunkt für spätere Forschungen wichtig ist.

Mit dem elastischen Gewebe beschäftigt sich Unnas Schüler Honkamp in einem „Ist es unwissenschaftlich, die Bezeichnungen elastisches Bindegewebe und Elastin beizubehalten" (Mh. f. pr. Derm., 1899, Bd. 29) betitelten Artikel, in dem nach einer Kritik einer Arbeit von Triepel der Verfasser zum Schlusse kommt, daß die obigen Bezeichnungen beizubehalten sind.

In demselben Jahre (1899) studiert Mac Leod die Ernstschen Keratingranula. Sie liegen nach Mac Leod nicht in der Zelle. Die Stacheln der Stachelzellen persistieren in der Hornschicht und es finden sich Keratinstacheln auf der Oberfläche. Die Arbeit ist ebenfalls durch neuere Untersuchungen überholt, auf die hiermit verwiesen sei (s. u.).

Wichtig ist dagegen eine Arbeit von Unna: „Neue Tatsachen aus der feineren Anatomie der Oberhaut." (D. M. Ztg., 1903, Nr. 73). Unna hat mittels einer neuen Epithelfaserfärbung (Wasserblau + Orzein + Erasin — Safranin — Kal. bichrom.) gefunden, daß die Stachelzellen eine glashelle, durchscheinende, sehr schwer färbbare Randzone besitzen. Sie sind also größer als man bisher allgemein angenommen hat. Die Epithelfasern färben sich nun an den Stellen, wo sie eine Zelle verlassen, um in eine benachbarte einzutreten, einfach intensiver und erzeugen dadurch das Bild des bekannten Brückenknöpfchens. Weiter findet Unna, daß die Verhornung sich geradezu nur an der hellen Randzone der Stachelzellen abspielt, endlich daß das Protoplasma der Stachelzellen eine bemerkenswerte Unabhängigkeit von dem in ihm ausgebildeten Faserapparat zeigt.

In der 1905 erschienenen Arbeit von Hensel (Über saure Kerne in der normalen Haut. Mh. f. pr. Derm., 1905, Bd. 41) wird in Fortsetzung der einschlägigen Arbeiten Unnas festgestellt, daß die sauren Kerne ein normaler Bestandteil der gesunden Haut sind in allen Lebensaltern, nur ist ihre Menge sehr schwankend: doch hängt das nicht vom Alter ab, sondern muß durch andere, bisher unbekannte Verhältnisse beeinflußt werden.

Wichtig ist die umfangreiche 1906 und 1907 erschienene Arbeit von Meirowsky (Beiträge zur Pigmentfrage. Mh. f. pr. Derm., Bd. 42, 43, 44), als deren wichtigstes Ergebnis die Feststellung zu betrachten

Digitized by Google

ist, daß das melanotische Pigment im Protoplasma aus dem Kerne ausgetretener Nukleolarsubstanz entsteht.

Die Arbeiten von Ciliano (1908), Wile, Gavazzeni, Judin und von Bergmann (1909) können wir zusammenfassend betrachten. Erschienen sind sie in den Mh. f. pr. Derm., Bd. 46, 48 und 49. Ciliano stellt fest, daß Eleidin gemeines Eiweiß, und zwar ein Albumin ist, auch kein Fett (Lipoid, Lezithin) enthält. Wile findet auch in der superbasalen Hornschicht eine Substanz, welche nach Konsistenz und Tingibilität dem Eleidin gleicht. Nach Angabe verschiedener Tinktionsmethoden für Eleidin wird festgestellt, daß die basale Hornschicht als Ganzes sich nicht mit Eleidinfarbstoffen färbt, was nach Wile daran liegt, daß das Eleidin innerhalb der basalen Hornschicht von einer Substanz umgeben ist, welche die entgegengesetzte tinktorielle Beschaffenheit wie Eleidin selbst haben muß. In Fortsetzung der Arbeit Wiles kommt Gavazzeni dann zum Schluß, daß das Eleidin sich wie eine Base, die basale Hornschicht als Ganzes aber wie eine Säure verhält. „Das tyrosinlose, basische Eleidin liegt eingeschlossen innerhalb des tyrosinreichen sauren Keratins."

Die Arbeit von Judin gahört zu dem Arbeitenkomplex von Unna und Golodetz zur Chemie der Haut, deren Besprechung mir hier nicht obliegt. Sie beschäftigt sich mit der Verteilung der verschiedenen Hornsubstanzen (Keratin A, Keratin B und Hornalbumose) in der Hornschicht. Dasselbe gilt zum Teil von der Arbeit von v. Bergmann, doch heben wir aus dieser die Feststellung hervor, „daß die durch die Methode von Rausch im Bereiche der Hornschicht gefärbte Punktierung nicht das Wesen eines Reliefs besitzt, sondern nur die äußerste Zone einer Punktierung darstellt, welche, wie die verschiedenen Schnittpräparate zeigen, durch die ganze Dicke des Zellenleibes hindurchgeht. Sie ist also der Ausdruck einer Differenzierung des Zelleninhaltes". Das Relief von Rausch erklärt sich nach v. Bergmann „durch die verschiedene Mischung der jetzt bekannten Bestandteile der Hornzellen in den verschiedenen Zellindividuen.

Blicken wir nun zurück, so können wir zum Schluß zusammenfassend sagen, daß die Erforschung der Anatomie der Haut Unna so viel zu danken hat, wie wohl keinem Bearbeiter vor oder nach ihm. Selbst in Fragen, wo Unnas ursprüngliche Meinung späterer Kritik nicht standgehalten hat, hat Unna durch die anregende Wirkung seiner von dem Alltäglichen abweichenden Anschauungen indirekt die Forschung gefördert. Wir sehen Unna heute noch rastlos vorwärtsstreben. In einem Lebensalter, wo so mancher andere, der auch eine führende Stellung einnahm, längst seine konservative Periode hinter sich hatte und, reaktionär geworden, den Fortschritt gehemmt hat, sehen wir Unna immer noch nach Neuem suchen und dem von anderer Seite gebrachten Neuen ein reges, wohlwollendes Interesse und ein vorurteilsfreies Urteil entgegenbringen. Das, meine ich, müssen wir Jüngeren ihm ganz besonders danken.

Digitized by Google

Unna als Mikrotechniker.

Von

P. Mayer in Jena.

Bei dem Schauspiele, das sich demnächst, wenn auch nur auf dem Papier, ereignen soll, ist mir nicht die Rolle eines Statisten, mit der ich mich gern begnügt hätte, sondern die eines Handelnden zugefallen. Anfangs war mir das nicht recht, aber bei der Vertiefung in den Gegenstand, den ich in all den Jahren doch nur oberflächlich betrachtet hatte, gewann ich meiner Aufgabe immer größeren Reiz ab und bin nun dem Veranstalter dankbar. Also: unseres Unna Tätigkeit und Erfolge auf dem weiten Gebiete der Mikrotechnik lassen sich wohl am kürzesten so darstellen, daß man sie vergleicht mit denen von Jakob Ramón und Martin Heidenhain oder, was in meinen Augen des Lobes mehr ist, mit denen von Stefan Apáthy und Carl Weigert. Bei allen fünfen dieselbe Arbeitskraft und Unermüdlichkeit — ihr Tag scheint wenigstens 25 Stunden zu haben —, die nämliche Ausdauer im Probieren und Wiederprobieren, bis das gewünschte Ergebnis vorliegt, die gleiche Vertrautheit mit der Chemie, soweit sie für die Mikrotechnik in Betracht kommt, auch wohl darüber hinaus. Besonders dies gilt viel mehr als von den anderen von Unna, und hierin nähert er sich einem so seltenen Manne wie Paul Ehrlich. Dabei läßt er sein Wissen nirgend aufdringlich hervortreten und wirft namentlich nicht fortwährend mit Benzolkernen um sich.

Bei alledem darf nicht übersehen werden, daß zwar die fünf, die übrigens stets jeder für sich gewandelt sind, ihre unbestreitbaren Erfolge reichlich einheimsen durften, daß aber gerade hier bei Unna eine Einschränkung nötig wird. Denn wirklich unbestritten ist seine Herrschaft als die eines facile princeps wohl nur unter den Dermatologen, weniger schon unter den Bakteriologen und Pathologen und in noch geringerem Grade unter den Anatomen und Zoologen. Ja, diese beiden Gruppen von Forschern, soweit sie sich überhaupt histologisch betätigen, kennen und benutzen Unnas so sorgsam ausgedachte und vielfach erprobte Verfahren kaum. Nicht ohne guten Grund. Die allermeisten Methoden sind nämlich für Schnittserien nicht brauchbar oder müßten erst eigens dazu umgearbeitet werden. In der Regel fixiert Unna ja sein Material nur in Alkohol oder höchstens in Formol, weist dagegen Sublimat, Osmium- und Chromsäure als Fixatoren zurück; ferner ist er kein Freund der Einbettung in Paraffin; endlich sollen die Schnitte vorwiegend einzeln gefärbt und dabei vom 1. „Schälchen“ in das 2., 3. bis xte übertragen, zuletzt auf dem Tragglase mit Papier getrocknet werden, usw., kurz ein Schicksal erleiden, vor dem der Zoologe, besonders wenn er Embryologie betreibt, seine Schnitte bewahren möchte. Auf der anderen Seite hat diese Unna eigene Technik natürlich ebenfalls ihren guten Grund: ihm ist es — oder war es wenigstens früher, als er sie allmählich für seine Zwecke erdachte und ausbildete — hauptsächlich um den feineren Bau

Digitized by Google

des Zellplasmas und der anderen Gebilde in der Haut des Menschen zu tun, nur nebenher um den des Zellkernes; da nun seine theoretischen Ansichten vom Bau der Zelle den Zoologen und Anatomen kaum bekannt geworden sind, so steht man auch dem Verfahren zur färberischen Hervorhebung des Unnaschen Spongio- und Granoplasmas usw. fremd gegenüber. Höchstens der Nachweis des elastischen Gewebes durch Orzein ist einfach genug, hätte daher wohl allgemein Anklang gefunden, wenn er nicht schon bald durch Weigerts Entdeckung des Resorzinfuchsins stark beiseite geschoben worden wäre.

Die erwähnte geringe Beachtung, um nicht zu sagen Ablehnung der Unnaschen Anschauungen und Verfahren bedauere ich für mein Teil — ob sie auch Unna so stark empfindet, ist mir nicht sicher — und kann zwei weitere allgemeine Gründe zu ihrer Erklärung beibringen. Der erste ist Unnas große Vorliebe für die Teerfarbstoffe und die damit gepaarte äußerst geringe Neigung zum Karmin. Wenn man aber bedenkt, daß — völlig abgesehen von den Leistungen dieses feurigen, meist einfach zu behandelnden Farbstoffes, der noch dazu in infinitum haltbare Färbungen liefert, zur Darstellung der Zellkerne — man damit Glykogen oder Schleim, auch Mastzellenkörner und Elastin haarscharf herausbringen kann, so ist es sehr bedauerlich, daß es sich unter Unnas sorgsamer Leitung nicht zu solch einem Zauberer entwickelt hat, wie etwa das polychrome Methylenblau. Der zweite Grund liegt in der Wahl der Objekte, deren sich Unna bediente. Von Haus aus beschränkte er sich nämlich auf die Haut der Säugetiere, besonders des Genus *Homo*. Auf diesem Throne von Menschenhaut saß er bis in die allerjüngste Zeit, verschmähte sogar die Paradepferde *Rana, Salamandra* usw. und machte erst unlängst einen Salto mortale in die Tiefe zu den Amöben und Trypanosomen. Was dazwischen liegt, die weite Welt der niederen Wirbeltiere und der Wirbellosen, besonders der marinen, gab es für ihn nicht. Es ist jammerschade, daß er nicht einen Teil seines wohlverdienten Otium eximia cum dignitate zum Aufenthalte am südlichen Meeresstrande benutzte, um dort seine Theorien an geeigneten Vertretern zu prüfen, z. B. an den Cephalopoden, die doch fast so verwickelt gebaut sind wie die höheren Wirbeltiere. Offenbar haben die Hamburger Zoologen keinen Einfluß auf ihren berühmten Landsmann ausgeübt; vielleicht wird das jetzt, wo eine Hochschule im Entstehen ist, anders.

Unnas wissenschaftliche Schriften sind so zahlreich, daß der Inhalt, soweit er als mikrotechnisch hier in Frage kommt, lange nicht von allen erwähnt, geschweige denn gewürdigt werden kann. Ich greife daher nur die wichtigeren heraus. Mit der ersten Arbeit (über den Bau der Menschenhaut) erwarb er sich 1876 den Doktorhut. Sie läßt noch in nichts den gewandten Mikrotechniker ahnen; ja, im Gegensatze zu seiner späteren Genauigkeit schweigt er sich über die Art, wie er fixiert, schneidet und färbt, nahezu aus, und erst im Anhange erwähnt er des Jodvioletts, dessen wässerige Lösung er durch etwas Alaun verbessert. Schon damals überfärbt er seine Schnitte und entfärbt sie dann bis auf das richtige Maß. Diesem Vorgehen ist er bis heute treu geblieben und hat nur äußerst selten direkt gefärbt.

Erst geraume Zeit nachher (1883) verbreitet sich Unna über die

Digitized by Google

Verwendbarkeit des Wasserstoffsuperoxydes in der Mikrotechnik, fast zugleich mit B. Solger. Beiden voraus war schon 1876 G. Pouchet damit hervorgetreten. Mehrere andere kleine Beiträge folgen, aber von größerer Bedeutung sind erst vier Mitteilungen aus 1877 und 1878, da sie sich mit der chemischen Theorie der Färbung beschäftigen. Zwei davon bringen Versuche zur Erzeugung von Farben in den Geweben; für die Praxis verliefen diese allerdings ohne Erfolg. Leider hat sich Unna in dieser Richtung nicht weiter betätigt, auch damals nicht voraussehen können, daß dem, wie mir scheint, analogen Verfahren mit Hämatoxylin und Eisen in den Händen von C. Benda und M. Heidenhain eine so große Zukunft beschieden sein würde. Man sollte aber Unnas gut erdachte Versuche nachmachen und erweitern; vielleicht käme man zu einer anderen Auffassung.

Die dritte Abhandlung führt den in der Hauptsache rein chemischen Titel: Die Rosaniline und Pararosaniline. Hier geht Unna bis ins einzelne der Färbung von Bakterien, wie sie Gram aufbrachte, nach und kommt zu dem für einen Nichtchemiker äußerst kühnen Ergebnisse, daß sich zur Entscheidung der Frage, ob ein Farbstoff zu den Rosanilinen oder Pararosanilinen gehöre, der Parasit der Lepra als Reagens benutzen lasse. Damals war ein derartiges Ansinnen unerhört, denn die Chemiker hatten noch nicht die Schimmelpilze zum Nachweise von Arsen herangezogen; man darf es also N. O. Witt nicht verdenken, wenn er Unnas Unterfangen ziemlich von oben herab beurteilte. Und doch hat Unna recht behalten; wenigstens in der Theorie, denn daß ein Chemiker sich je so weit in die Abgründe der Bakteriotechnik wagte, um den Leprabazillus anständig färben zu lernen, halte ich für nahezu unmöglich. Um so größer ist der Gewinn, den die Bakteriologen aus Unnas Analyse der Gramschen Färbung zogen. Das gleiche gilt von der vierten Abhandlung, einer kritischen Studie über die Entwicklung der Bakterienfärbung, die auch heute noch von jedem Mikrotechniker mit Genuß und Vorteil gelesen werden kann. In der Einleitung befaßt sich Unna ganz allgemein mit den Teerfarbstoffen; was er da alles bringt, ist belangreich. Ferner stellt er den wichtigen Begriff der Schwebefällung auf und erläutert ihn; schon damals zeigt sich seine Neigung zu dem Ausdrucke Beize. Auch bedient er sich im Gegensatze zu der später von ihm fast allgemein durchgeführten starken Überfärbung mit „maximaler Entfärbung" der „direkten Minimalfärbung" der Schnitte, indem er sie in einen Trichter schafft und die äußerst schwache Färblösung sich durch ihn von oben nach unten bewegen läßt.

In den neunziger Jahren ist Unna besonders tätig gewesen: allein 1894 und 1895 hat er uns zwanzig Arbeiten beschert, die zwar in erster Linie die gesunde und kranke Haut behandeln, z. T. aber allgemein anwendbare Verfahren lehren. Hauptsächlich ist es ihm auch hier um die Erforschung des Zellplasmas zu tun, und so gibt er erst am Ende dieser langen Reihe von Einzeluntersuchungen Notizen zur Kenntnis der Zellkerne. Dabei rechtfertigt er seine Vorliebe für die Fixierung der Objekte in Alkohol, indem er sagt, die „Topographie der Kernteilungsbilder", worauf es ja vornehmlich ankomme, lasse sich auch an solchem Materiale studieren. Er färbt deswegen die Ruhekerne nur schwach, damit die

Digitized by Google

Mitosen um so mehr hervortreten, und erreicht das durch sein polychromes Methylenblau[1]) oder durch Fuchsin, während Safranin, Alaunhämatoxylin usw. ihm das nicht leisten. So ist er auch zur Entdeckung der „sauren Kerne" gekommen, die übrigens Safranin oder Fuchsin gleichfalls annehmen, wenn man vorher die gewöhnlichen Kerne mit Wasserblau oder Alaunhämatoxylin blau gefärbt hat. Auch mit ihnen hat sich einstweilen außer Unna, der bis 1915 wiederholt auf sie zurückkommt und sie 1905 in normalen Geweben nach Fixierung in Flemmings Gemisch ebenfalls findet, wohl niemand beschäftigt.

Dem Nachteile, den die Fixierung mit Alkohol beim Untersuchen der Erythrozyten mit sich führt, sucht Unna 1895 durch besondere Färbweisen zu begegnen. Vielleicht beruht übrigens auf dieser Art der Fixierung die eigentümliche Verteilung des Granoplasmas an einem Zellpole, deren er 1894 (Mon. Prakt. Derm., 19. Bd., S. 279) gedenkt; er selber argwohnt das nicht, sondern deutet sie anders. Es sollte mich nicht wundern, wenn sich auch sonst die Spuren der durchaus nicht harmlosen Wirkung des starken Alkohols auf die Gewebe in Unnas Präparaten vorfänden.

Typisch für Unnas Arbeitsart ist die Studie über die Verwendbarkeit von Anilin im Gemische mit Säuren, Salzen, Jod usw. zur brauchbaren Entfärbung überfärbter Gewebe: geradezu eine Unmenge einzelner Proben, vielfach variiert und in ihren Ergebnissen mikroskopisch geprüft, auch alle nach einem klaren Plane ausgeführt! Wesentlich eignen sich diese Verfahren freilich nur für die Dermatologen, setzen auch die Färbung mit Buntblau oder Gentianaviolett voraus.

Trotz ihrem geringen Umfange ist ferner wichtig die 1892 erschienene Schrift über die Reifung unserer Farbstoffe; sie ist leider ein Bruchstück geblieben, da die in ihr versprochene Mitteilung über die Kochenille noch immer aussteht. So bringt sie nur etwas über das Hämatoxylin — seine rasche Umwandlung in Hämateïn durch H_2O_2 und Versuche zur Verhütung weiterer Oxydation durch reduzierende Mittel, namentlich Schwefelpulver —, dagegen mehr über das Methylenblau und liefert schon damals genaue Vorschriften zu Färblösungen für bestimmte Zwecke. Immerhin gelangte er noch nicht zur richtigen Erklärung der verwickelten Vorgänge in einer alten alkalischen Lösung von Methylenblau und führte auch den später so bekannt gewordenen Ausdruck: polychromes Methylenblau hier noch nicht ein, benutzte es aber von damals an bis zur Gegenwart immer wieder, in der Regel mit Entfärbung durch den ebenfalls 1892 dazu tauglich befundenen Glyzerinäther.

Aus 1894 stammen sehr brauchbare Angaben über die Herstellung von Zeichnungen aus Photogrammen auf Salzpapier; ebenso die über die Verwendung von Xylol plus Alkohol zum Ausziehen des Buntblaues. Ferner aus den neunziger Jahren auch die über den Zusatz von Alaun oder Kochsalz zum Anilin. Und so wären wohl noch manche andere Verbesserungen der bis dahin üblichen Verfahren zu nennen, wenn das hier nicht zu weit führte. Dagegen kann ich mich mit der sog. sekundären Osmierung des Fettes in Schnitten (1898) nicht befreunden,

[1]) Man könnte es wohl kürzer Buntblau benennen.

Digitized by Google

da ja in den „ausgezeichnet guten“ Fixiergemischen Tannin, also ein Stoff enthalten ist, der bekanntlich die Osmiumsäure zersetzt. Die Kritik des Verfahrens durch L. Merk und F. Weidenreich muß ich daher als berechtigt ansehen.

Im folgenden Jahrzehnte wendet sich Unna erst langsam, dann aber entschieden immer mehr chemischen Fragen zu. Allerdings bringt er 1902 noch eine kleine Abhandlung über den Nachweis des Kollagens; auch diese legt wieder Zeugnis ab von der Riesenstärke ihres Verfassers. Denn selbst wenn man weiß, daß die Hauptarbeit bei den etwa 4000 Färbversuchen[1]) dem geschickten und unermüdlichen Präparator zufiel, muß man doch die körperliche und geistige Spannkraft bewundern, die zur Bewältigung der Ergebnisse der genauen Durchmusterung so zahlreicher mikroskopischer Präparate gehört. Auch die Verbesserung des Pappenheimschen Grünrot-Gemisches (von Methylgrün und Pyronin) stammt von 1902. Aber schon ein Jahr früher findet sich der Ansatz zu einer Gewebe-Analyse in der Verwendung des Kochsalzes, das nach Unna ebenso wirkt wie die Verdauung in Kühnes Art und viel einfacher ist. Und als sich gar zum Präparator ein nicht minder arbeitfroher und kenntnisreicher Chemiker (L. Golodetz) gesellte, erschienen von 1908 bis 1913 nicht weniger als zehn Arbeiten unter dem Titel Zur Chemie der Haut. Von ihnen seien hier erwähnt nur der Nachweis des Cholesterins (unter Anlehnung an ein Verfahren von Golodetz), der des Keratins durch Millons Reagens — die Rotfärbung damit wird sogar in die Definition des Keratins aufgenommen —, der der reduzierenden Gewebe und der des Unnaschen Granoplasmas; letzterer besonders deswegen, weil dabei (1913) eine „allgemeine Methode zur mikrochemischen Erforschung eiweißartiger Zellbestandteile“ angegeben wird. Die beiden Verfasser begnügen sich nämlich nicht mit der Untersuchung gewöhnlicher Schnitte durch die von ihnen hierzu als geeignet erkannten Färbweisen, sondern gehen ebenso gegen Schnitte nach Auslaugung mit Borsäure, Ferrozyankalium usw. vor, um so den färberischen Nachweis von deren Wirkung auf das Granoplasma zu führen. Nicht zufrieden damit, verwandeln sie die von ihnen dabei als ergiebige Quelle für Granoplasma benutzte Leber von Kalb und Schwein in einen Brei, ziehen diesen mit denselben Reagentien aus, betten ihn dann in Zelloidin ein und färben ihn analog; endlich lassen sie das ausgezogene Granoplasma (Zytose) nach dem Vorgange von A. Fischer durch ganz dünne Scheiben von Holundermark aufsaugen und beobachten auch darin die Färbbarkeit, entweder so oder wiederum erst nach Behandlung mit Reagentien. Daß ein solches „chromolytisches“ Verfahren, zu dem früher erst Anläufe bei andern Forschern vorlagen, auch auf die übrigen färbbaren Teile der Zelle anwendbar sein müsse, wird am Schlusse der Arbeit eigens erwähnt.

In ähnlichen Bahnen wandeln die sechs Beiträge „zur Chemie der Zelle“, die Unna teils allein, teils zusammen mit anderen 1913 und 1914

[1]) Bei der Färbung der Mikroorganismen im Horngewebe (1893) waren mehr als 3000 Versuche zum Ausfindigmachen der besten Entfärbgemische nötig; ebenso äußerst zahlreiche 1904 beim Vergleiche des Buntblaues mit reinem Methylenazur und Gemischen von diesem mit Salzen und Methylenviolett.

Digitized by Google

veröffentlichte. Auch sie haben nicht mehr nur die Haut zum Vorwurfe; in ihnen werden ebenfalls die in Frage kommenden Zellen vor und nach der Behandlung mit Reagentien durch geeignete Farbstoffe untersucht. Besonders kommt dabei sorgfältig vom Methylviolett befreites Methylgrün zur Geltung, sowohl allein als auch im Gemische mit Pyronin, und für die sauren Kerne erst Hämalaun, dann Safranin; außerdem wird diese Kernart sehr vielen chemischen Mitteln ausgesetzt und in ihr so dasselbe Globulin wie in den Nukleolen gefunden.

Zu all diesen Arbeiten und namentlich zu den noch zu besprechenden kann man bei der Beurteilung einstweilen nicht die nötige Distanz gewinnen. Das gilt besonders von den Abhandlungen, in denen Unna, z. T. unterstützt von seinem Chemiker, sich 1911—1915 mit der Rolle des Sauerstoffes in den Geweben und der Art, wie seine Wirkung färberisch festzulegen ist, beschäftigt. Zunächst werden die Verfahren von 1909 zum Nachweise der „Reduktionsorte" ausgebaut; auch hier bleibt Unna nicht bei der Menschenhaut als Material stehen, sondern berücksichtigt ebenso sehr andere Gewebe von Säugetieren. Dasselbe ist in noch höherem Grade mit dem Nachweise der „Sauerstofforte" der Fall: das Verfahren mit Rongalitweiß (1910) wird weiter ausgearbeitet, und zugleich werden einige seiner Schwächen, die schon bald darauf von der Kritik gefunden und in ungünstigem Sinne benutzt wurden, selber hervorgehoben und die Mittel zu ihrer Beseitigung angegeben. So schön sich nun auch in Unnas gewandter Hand das ganze Verfahren anläßt, und so wichtig auch die Folgerungen aus ihm sind, wenn es absolut sicher dasteht, so darf doch nicht verschwiegen werden, daß die Einwände der Kritiker nicht alle widerlegt sind, und bisher kein Unparteiischer von Ruf und Erfolg auf dem Gebiete der Mikrotechnik sein Urteil darüber abgegeben hat. Unna hatte übrigens 1912 neben dem Methylenblau und dem ihm verwandten Toluidinblau und Azur ein Gallozyanin empfohlen, das noch geeigneter sei, weil es die Fixierung der Gewebe mit Formol und die Einbettung in Zelloidin gestatte; in der Hauptschrift von 1915 ist jedoch nicht mehr davon die Rede, sondern es bleibt bei der ausschließlichen Behandlung von Eisschnitten durch unfixiertes Gewebe mit einer angesäuerten und dann durch Rongalit (oder Heraldit) entfärbten Lösung von Methylenblau. Wohl aber bringen 1917 Unna u. Golodetz als „Neutralviolett extra" ein Gemisch zweier basochromer Stoffe, das gleichfalls auf frisches oder durch kochendes Wasser geronnenes Gewebe zu wirken hat; darin sollen sich die Sauerstofforte des Neublaus bemächtigen, die Reduktionsorte des Neutralrotes. Für richtig fixiertes Material ist es nicht brauchbar.

Auf verwandtem Gebiete bewegt sich 1912 die umfangreiche Arbeit von der Bedeutung des Sauerstoffes in der Färberei, die nebenher manche treffliche Bemerkung für die technischen Färber enthält. In ihr wird der Nachweis geführt, daß das Methylgrün nur da färbt, wo „freier Sauerstoff sich mit saurer Reaktion paart"; deswegen müsse versucht werden, in die Gewebe bei und nach der Färbung Sauerstoff einzuführen. In gleicher Art unternimmt es Unna, das Grünrot-Gemisch, dem er eine große Zukunft voraussagt, durch „Beizen" während und nach seiner Wirkung zu verbessern; da er aber alle diese Zusätze nur an

Digitized by Google

kranker Menschenhaut erprobte, so steht ihre allgemeine Verwendbarkeit noch aus. Er gelangt u. a. auch zur Empfehlung des Chlorzinks als eines „geradezu idealen Fixationsmittels für unseren Zweck". In den Fixiergemischen habe die Essigsäure nur die Abscheidung basischer Oxyde in den Geweben beim Gebrauche oxydierender Metallbeizen zu verhindern. Ferner wird der Einfluß der flüchtigen Öle und ihnen optisch nahen Stoffe sowie der Harze auf die Färbung erörtert, soweit dabei Oxydation oder Reduktion im Spiele ist. Denn wie das Methylgrün sehr empfindlich ist gegen diese, so das Pyronin gegen jene; daher wirke die Karbolsäure so gut als Zusatz zum Rotgrün-Gemische, weil sie beide Eigenschaften in sich vereinigt, daher sei auch das „doppelsinnige" Bergamottöl so vortrefflich als Zwischenmittel vor dem Balsam. Zum Schlusse stellt Unna den Satz von der Oxypolarität auf: „die Pole der Sauerstoffskala ziehen sich an"; also oxypolare Neigung zwischen Fixator und Gewebe, ferner zwischen diesem und den Beizen (in Unnas Sinne). Soviel ich sehe, hat sich diese Anschauungen bisher erst P. Langeron zunutze gemacht, indem er danach die Fixatoren anordnet.

Nur erwähnen kann ich hier noch die Untersuchungen (1915—17) über die Vorgänge bei der Versilberung von Haut oder Leber mit Höllenstein und namentlich über den Einfluß der dabei frei werdenden Salpetersäure, sowie die vergleichende Prüfung aller möglichen Silbersalze, die zum Ätzen dienen. Desgleichen den Versuch von Baudisch u. Unna (1919) zum weiteren Eindringen in die Geheimnisse des Romanowskyschen Verfahrens und der Färbung der Mastzellenkörner. Die Gleichstellung dieser beiden Färbmethoden, die von Hause aus ganz verschiedene Objekte — Protozoen, Säugetiere — angingen, ist ohne Zweifel ein Fortschritt, aber das letzte Wort ist in dieser Sache immer noch nicht gesprochen, auch hätten wohl Prowazeks eigentümliche Anschauungen ein Wort der Widerlegung verdient.

Endlich muß der Studie zur Chemie der Amöben (1917) gedacht werden, als des bisher einzigen Versuches Unnas, seine Anschauungen vom Bau der Zelle auf die so niedrigen, einzelligen und dem Scheine nach einfachen Wesen auszudehnen. Daß er diese mit Osmiumsäure fixiert, nicht mit Alkohol, ist jedenfalls gut, weniger erfreulich finde ich es, sie danach kurzerhand an der Luft trocknen zu lassen. Auch mit seinen Färbweisen bin ich nicht durchweg einverstanden, halte daher die Nachprüfung durch einen gewiegten Zoologen für ebenso erwünscht wie nötig. Das soll aber — ausdrücklich sei es hinzugefügt — durchaus kein Tadel sein, sondern nur die Vorsicht zeigen, mit der ich mich hier auszusprechen habe.

Fassen wir alles kurz zusammen, was über Unnas Tätigkeit in der Mikrotechnik oben beigebracht wurde, so ist es in dem Wunsche enthalten, den ich aufrichtigen Herzens hege: möchten uns noch recht viele Forscher erstehen, die Ähnliches leisten wie er, und die am Abend ihres arbeitreichen Lebens so mit Stolz und doch zugleich bescheiden auf ihre Erfolge zurückblicken dürfen! Er selber aber schaffe noch lange mit Mikroskop und Reagensglas, lege hernach auch die Feder ja nicht aus der Hand! Jena, im März 1920.

Digitized by Google

Spezielle Pathologie.

Von

Privatdozent Dr. med. Oscar Gans, Heidelberg.

Eine Übersicht über das Wirken Unnas auf dem Gebiete der speziellen pathologischen Anatomie müßte eigentlich die gesamte Pathologie der Haut umfassen. Sein grundlegendes Werk, der Abschnitt „Hautkrankheiten", als achte Lieferung des Orthschen Lehrbuches der speziellen pathologischen Anatomie im Jahre 1894 in Berlin erschienen, hat bis heute noch keine Nachfolge geschweige denn eine Überflügelung erlebt. In einem über 1200 Seiten starken Bande hat Unna hier in fünfjähriger, unermüdlicher Forschertätigkeit eine dem damaligen Wissen entsprechende, ausführliche und anschauliche Schilderung des pathologisch-anatomischen Befundes aller Dermatosen gegeben. Bei einem so unabhängigen, seine eigenen Wege gehenden Forscher erscheint es dabei selbstverständlich, daß er mit seiner Auffassung vielfach in Gegensatz zu althergebrachten und auch neuaufgestellten Vorstellungen kommen mußte. Er war sich dabei von Anfang an der Verpflichtung bewußt, die eine Darstellung der Haut, als des vom bloßen Auge kontrollierbaren Organes, für die vergleichende Gegenüberstellung des klinischen und histologischen Befundes auferlegte: der Pflicht nämlich, hier „diese beiden Bilder, unter denen sich das pathologische Geschehen darstellt, stets aufeinander zu reduzieren, klinisch mit histologisch geschultem, mikroskopisch mit dermatologisch geschultem Blicke zu sehen, jede Disharmonie als einen Sporn zu weiterem Studium nach beiden Richtungen zu betrachten und nicht zu ruhen, bis wenigstens die makroskopische und mikroskopische Pathologie der Haut ein harmonisches Ganzes bildet".

Für Unna gab es damals zwei Wege, um dieser Aufgabe gerecht zu werden. Entweder hätte er sich mit der einfachen Wiedergabe der zerstreuten Angaben begnügen können, die sich in Form von einzelnen bedeutsamen neben zahlreichen schwer verständlichen oder wenig charakteristischen Befunden in der Literatur vorfanden, vielfach schon durch die ungenügende Bezeichnung des Fundortes oder des Stadiums der Krankheit unbrauchbar, vielfach bereits von anderen Autoren an unrichtiger Stelle verwertet. Oder aber er hätte auf Grund neuen Materials — wie s. Z. Gustav Simon — es wagen können, die Histopathologie der Haut von Grund auf neu zu bearbeiten, eine begeisternde Aufgabe zwar, die jedoch die Kraft des einzelnen und die für die Größe des zu bewältigenden Stoffes allzu kurze Arbeitszeit von 5 Jahren bei weitem übersteigen mußte.

Wenn Unna es dennoch übernommen hat, „lieber ein unvollkommenes Bild dessen zu liefern, was zu leisten ist, als eine traurige Retrospektive", so kann dieses nicht hoch genug eingeschätzt werden. Auch die in seinem Werke niedergelegten tatsächlichen Irrtümer und direkten Fehl-

Digitized by Google

schlüsse vermögen zwar die Verwertung eines einzelnen Kapitels zu erschweren bzw. heute — nach weiteren 25 Jahren naturwissenschaftlicher Forschung — als veraltet widerlegt und sogar überflüssig erscheinen lassen, der Bewertung des Gesamtwerkes haben sie keinen Abbruch tun können. Es ist heute noch der Ratgeber für jeden histologisch-dermatologisch Forschenden und hat diese Stellung in all den Jahren unbestritten besessen.

Es kann hier natürlich nicht meine Aufgabe sein, die einzelnen Kapitel des ganzen Lehrbuches einer eingehenden, kritischen Betrachtung zu unterziehen und damit das Bleibende und von Nachuntersuchern als bewährt Befundene von dem Widerlegten und daher auch vielfach von Unna selbst nicht mehr Aufrechterhaltenen zu sondern. Eine solche Aufgabe, so verlockend sie auch sein mag, hieße ja keine andere denn ein den heutigen Anschauungen und dem gegenwärtigen Stande der Forschung entsprechendes Lehrbuch der Histopathologie der Hautkrankheiten zu schreiben, ein verlockendes Ziel zwar, jedoch nur für eine erfahrenere und berufenere Feder.

Wenn daher eine Festschrift dem vielseitigen Wirken eines solchen Mannes gerecht werden soll, so vermag sie dies am besten durch Kennzeichnung der Wegmarken, die sein Forschungsgeist gesetzt und Würdigung der Anregungen, die er geboten hat. Unter diesen Gesichtspunkten möchte ich die nachfolgenden Ausschnitte aus Unnas pathologisch-histologischer Forschung aufgefaßt wissen.

Die spezielle Pathologie der Haut verdankt dem scharf beobachtenden Forscher, dem geistreichen Entdecker neuer Methoden eine Reihe neu geschaffener bzw. in ihrer Bedeutung enger umschriebener Begriffsfassungen pathologisch-histologischer Veränderungen die — wenn auch nicht alle von Unna geprägten Definitionen die volle Zustimmung der Fachgenossen gefunden haben — doch dauernden Wert besitzen. Erschließen sie durch ihre treffende Wortbildung einmal dem Anfänger sofort das Verständnis für den histologischen Befund, so enthalten sie zum anderen auch noch bestimmte Hinweise auf das pathogenetische Geschehen, welches dem Auftreten der durch sie gekennzeichneten Veränderungen im histologischen Umbau der Haut zugrunde zu legen ist. Es ist wohl kein Zufall, daß es gerade dem Dermatologen von Fach vorbehalten blieb, hier eine besondere, über das Bedürfnis der allgemeinen Pathologie hinausgehende Nomenklatur zu schaffen. Die allgemeine Pathologie hatte sich mit ihrer Vorliebe für saure Farben und Beizen den Ausblick in die feineren und feinsten Vorgänge im zellulären Aufbau des Protoplasmas erheblich erschwert. Es mußte daher für denjenigen, der hier mit neuen Färbemethoden sein ureigenstes Gebiet erschloß — und kaum ein anderer wie Unna hat mit einer derartig unermüdlichen Ausdauer an der Vervollkommnung seiner Färbemethoden gearbeitet — sich eine ganz neue Vorstellungsweise über bestimmte Vorgänge im zellulären und Bindegewebsanteil der Haut naturnotwendig entwickeln. — Ich will hier nicht auf die wertvollen chemischen Diffenzierungen eingehen, die wir dem Histochemiker Unna verdanken, zumal von anderer Seite eingehend darüber berichtet wird. Hier sollen nur die pathologisch-histologischen Veränderungen als solche Platz finden, die eine so wertvolle Bereicherung unseres Vorstellungsvermögens bilden.

Digitized by Google

An erster Stelle wäre hier der „Akanthose" zu gedenken, jener von Auspitz in die Dermatohistologie eingeführten Bezeichnung für die Verdickung der Stachelschicht der Epidermis. Unna darf hier das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, als erster zielbewußt auf die Bedeutung dieses Vorganges für das Verständnis der Veränderungen in der Haut der Psoriatiker und insbesondere der Ekzematiker hingewiesen zu haben. Er entschied die, auch mit Rücksicht auf die Therapie so wichtige Frage: „Haben wir es an den verdickten Hautstellen Ekzematöser und Psoriatischer mit einer zelligen Infiltration zu tun, welche in der Kutis samt Papillarkörper ihren Sitz hat — wie die Vorstellung der meisten Ärzte noch in den neunziger Jahren lautete — oder mit einer Verdickung der Stachelschicht des Epithels oder vielleicht mit beiden?" dahin, daß zwar in fast allen Fällen eine zellige Infiltration der Lederhaut besteht. Aber diese ist nicht nur meistens unbedeutend, sondern sie steht in gar keinem Verhältnis zur Verhärtung der erkrankten Hautpartie. Dagegen besteht eine befriedigende Parallele und daher offenbar auch ein kausales Verhältnis in der Größe der stets vorhandenen Hypertrophie der Stachelschicht und der klinisch tastbaren Härte. In engem Zusammenhang damit wies Unna darauf hin, daß ja überhaupt die zellige Infiltration als solche nie zur Verhärtung der Haut führt, ja daß sie sogar zur Erweichung führen kann, wenn sie an Stelle des normalen kollagenen Faserfilzes tritt, wie beim Lupus und Gumma.

Auch der von Auspitz in unsere Wissenschaft eingeführte Begriff der „Parakeratose" ist von Unna einer fördernden, kritischen Erörterung in histologischer sowohl wie klinischer Beziehung unterzogen worden. Auspitz hatte in seinem Bestreben, den alles verschlingenden, allzu weiten Begriff der Hautentzündung im Hebraschen System auf seine richtigen Grenzen zurückzuführen, alle diejenigen Dermatosen, aus der vierten Hebraschen Gruppe herausgenommen, welche nicht notwendig — klinisch wie anatomisch — alle Charaktere der Entzündung aufwiesen. Insbesondere hatte Auspitz, um eine radikale Säuberung der Klasse der Dermatitiden vorzunehmen, an der Stellung der trockenen Psoriasis und der Lichenarten in derselben Anstoß genommen und diese daher in einer Unterabteilung der Epidermidosen zusammengefaßt, welcher er den Namen „Parakeratosen" beilegte. Glaubte Auspitz doch, daß die wesentlichen klinischen Zeichen der Entzündung „eine flüssige Exsudation, eine Eiterabsonderung, eine Abszeßbildung, eine Ulzeration" seien. Unna gab in Anlehnung an die modernere Auffassung, gemäß der die eitrige Entzündung nur eine ganz bestimmte Form der Entzündung überhaupt ist, dem von Auspitz wenn auch mit falscher pathologisch-anatomischer Motivierung, so aber doch mit seltenem klinischen Scharfsinn aufgestellten Begriff der Parakeratosen einen entsprechend geänderten Inhalt.

Eine Bereicherung unseres Wissens vom pathologischen Geschehen in der Haut brachte weiterhin die Aufstellung des Begriffes der retikulierenden und ballonierenden Degeneration der Stachelzellen der Epidermis; Begriffsbestimmungen, die für das Verständnis der Blasenbildung in der Haut von entscheidender Bedeutung geworden sind. Fernerhin die Feststellung der sauren Kerne im normalen und pathologischen Gewebe, die Kenntnis vom Auftreten des Kolazins und

Digitized by Google

Kollastins sowie des Elazins, jener morphologisch zwar leichteren Veränderung des Elastins, die jedoch mit einer tiefgreifenden chemischen Umwandlung der elastischen Fasern einhergeht.

Der beschränkte Raum verbietet es mir, auf alle hier auftauchenden Fragen näher einzugehen. Kurz hingewiesen sei nur noch auf die Auffindung der sogenannten X-Zellen beim Karzinom und spitzen Kondylom. Diese „Pseudoparasiten" schienen für die ätiologische Erforschung der bösartigen Geschwülste eine Zeitlang eine gewisse Bedeutung zu gewinnen. UNNA konnte an Hand seiner eingehenden und dieser Frage besonders angepaßten histologischen Untersuchungsmethoden auf die Unhaltbarkeit dieser Vorstellung hinweisen und diese Zellen charakterisieren als „einen stark reduzierten, seiner wesentlichen Eigenschaften verlustig gegangenen Epithelkörper, der sich trotzdem nicht wie ein toter Einschluß verhält, sondern anscheinend sogar weite Wanderungen ... zwischen den Epithelien unternimmt", mit parasitären Gebilden aber nichts zu tun hat.

UNNAS pathologisch-histologische Forschungen zur Anatomie der Haut beginnen mit dem Jahre 1877. Zusammen mit AUSPITZ bearbeitete er damals die Anatomie der syphilitischen Initialsklerose, insbesondere bezüglich ihrer Differentialdiagnose gegenüber dem Ulcus molle. Will man sich heute — 15 Jahre nach Entdeckung der Spirochaeta pallida — eine Vorstellung von der Bedeutung und dem praktischen Wert dieser Untersuchung machen, so ist daran zu erinnern, daß bis zu UNNAS klassischer Darstellung eine histologische Entscheidung: Primäraffekt — Ulcus molle zwar versucht, aber nicht zuverlässig durchgeführt worden war. UNNA konnte nachweisen, daß, wenn auch die Anfänge beider Schankerarten mikroskopisch kaum zu trennen sind, so doch charakteristische gewebliche Verschiedenheiten in der Initialsklerose einerseits, im weichen Schanker andererseits schon zu einer Zeit auftreten, wo die Differentialdiagnose klinisch mit Sicherheit noch nicht gestellt werden kann. Bei genügend ausgebildeten Prozessen lehrte er uns scharf gezeichnete und topographisch mit seltener Regelmäßigkeit aufgebaute Bilder erkennen, die nicht mit einander verwechselt werden können. — Wenn wir heute — mit allen modernen Hilfsmitteln klinischer, bakteriologischer und serologischer Forschung ausgerüstet — den entscheidenden Wert der möglichst frühzeitig gestellten Diagnose für den therapeutischen Erfolg unseres Handelns schätzen gelernt haben, so vermögen wir dadurch erst recht die Bedeutung jener, lediglich mit den einfachsten Mitteln histologischer Forschung gewonnenen Erkenntnis in ihrer vollen Höhe zu bewerten.

Auf die grundlegende Bedeutung der UNNAschen Forschungen für die Erschließung der Chemie der Haut wird von anderer Seite hingewiesen werden. Mir liegt es an dieser Stelle ob, eine kleine Arbeit zu erwähnen, die aus den ersten Arbeitsjahren des Forschers stammend bereits seine spätere chemische Einstellung zeigt. „Den schwarzen Kopf der Komedonen", der bis dahin in den meisten Lehrbüchern als „anklebender Schmutz" (FUCHS, u. a.) aufgefaßt wurde — eine Ausnahme machen nur J. NEUMANN, der keine solche Angabe macht und HEBRA, der sich auf die Feststellung beschränkt, daß die Komedonen an ihrem

Digitized by Google

zu Tage sehenden Ende verschieden gefärbt sind — erkannte Unna als nichts anderes denn die gleiche Bräunung und Schwärzung „die wir in der diffusen Färbung der Hornzellen an den Hörnern der Tiere und Menschen, an den Hufen und Klauen, an den Nägeln bei gewissen chronischen Krankheiten ... antreffen."

Jene so zielbewußte Durchführung seiner Färbe- und Untersuchungsmethoden hat Unna noch Aufklärung schaffen lassen über manche Fragen, die vorher vielfach und ohne Erfolg in Angriff genommen worden waren. So gelang ihm mittels seiner verbesserten Untersuchungstechnik der Nachweis, daß bei der Urticaria pigmentosa die Mastzellen das Bestimmende und Charakteristische im histologischen Bilde sind. Er bezeichnete den Tumor, der auch nach dem Verschwinden der Quaddel an den pigmentierten Stellen in Gestalt einer flachen Papel verbleibt, direkt als eine Geschwulst von Mastzellen. Diese Erkenntnis hat in zwei Beziehungen bemerkenswerte Folgen gehabt. Einerseits für das Studium der Mastzellen selbst. Da nämlich in diesen Mastzellenhaufen sich niemals Mitosen finden ließen, erklärte Unna die geschwulstartige Anordnung für eine Folge sukzessiver Einwanderung, nicht von stattgehabter Teilung. In zweiter Linie war dieser Befund aber auch von Bedeutung für die Erkenntnis des Wesens der Urticaria pigmentosa. Da hier längere Zeit hindurch eine Quaddel auf derselben Stelle aufschießt, ehe die Stelle in den freien Intervallen sich allmählich bräunt, so nahm Unna an, daß jede neue Urtikation einen Zuwachs an Mastzellenmaterial herbeiführe, welcher als solider Überrest dieser akuten Perioden bleibt und sich anhäuft, bis der ganze Papillarkörper in einem Mastzellentumor aufgegangen ist.

Unsere Anschauung über das Wesen der akuten Exantheme ist heute mit wenigen Ausnahmen noch ebenso ungeklärt wie vor 30 Jahren. Über die Pathogenese des Exanthems bei Pocken, Masern, Scharlach können wir uns auch heute noch keine Vorstellung machen, die auf sicheren Beobachtungen der Wechselwirkung von Krankheitserreger und Hautveränderung beruht. Dagegen sind wir über die einschlägigen Fragen für akute metastatische Dermatosen bekannter Ätiologie: Staphylokokken, Streptokokken, Typhus, Gonokokken, Meningokokken, durch die Arbeiten Unnas, Fraenkels, Fingers, Buschke, Grubers u. a. besser unterrichtet. Auch auf diesem Gebiete hat Unna bahnbrechend gewirkt. Einmal dadurch, daß es ihm beschieden war, eine metastatische Streptokokken- bzw. Staphylokokkeninfektion der Haut — von ihm als Phlyctaenosis streptogenes bzw. Pustulosis staphylogenes bezeichnet — als erster genau zu untersuchen und so dieses Gebiet gewissermaßen zu erschließen und zum anderen dadurch, daß er die dort gewonnenen Erfahrungen auf die Zusammenhänge jener noch unbekannten Erreger mit den durch sie verursachten Hautveränderungen übertrug. Auf diese Weise ist insbesondere die Pathogenese der Pockenpustel aufgehellt worden. Daneben gewannen die Untersuchungen noch eine besondere Bedeutung für die Klärung der Wirkung exogen und hämatogen in die Haut eindringender Krankheitserreger, sowie der Beteiligung der Schweißdrüsen an der Ausscheidung pathogener Mikroorganismen.

Die chronische Röntgendermatitis des Radiologen hat nach

Digitized by Google

den ersten Beschreibungen französischer Autoren durch die Arbeiten Kienböcks und Unnas eine grundlegende Darstellung gefunden. Namentlich war es Unna, der durch seine histologischen Forschungen unsere Kenntnis der chronischen Röntgendermatitis in bedeutungsvollem Maße gefördert hat. Auch die Histologie der röntgenbestrahlten Haut verdankt Unna manch wertvolle Klärung. Neben Gassmann, Scholz, Hesse haben, namentlich die Arbeiten von Rost, auf den Unnaschen Arbeiten aufbauend, die Frage einer weitgehenden Klärung entgegengeführt.

Diese wenigen, ganz willkürlich aus dem großen Reichtum der Unnaschen Forschung herausgegriffenen Arbeiten vermögen eine Vorstellung zu geben von dem Einfluß, den er auf die gesamte Entwicklung der Histologie der Haut ausgeübt hat. Der beschränkte Raum gestattet es mir aber nicht im einzelnen über die vielseitigen Arbeiten zu berichten. Nur für wenige Arbeitsgebiete muß sein Wirken noch ausführlich dargestellt werden, da es sich dabei nicht um eigentlich dermatologische, sondern um Streitfragen handelt, die die gesamte allgemeine Histopathologie seit Jahren erfüllen.

Die Plasmazelle — einer der bewegtesten Abschnitte pathologisch-histologischer Forschung und zugleich einer der lehrreichsten! Ursprünglich ein von Waldeyer geprägter rein morphologischer Begriff, wird sie an der Hand bestimmter Färbemethoden eine Zelle von höchst charakteristischer Eigenart, um schließlich im Rahmen der „lymphozytären Gewebszellen" eine allerdings vielleicht auch nur vorläufige Unterkunft zu finden. — Die Waldeyersche Bezeichnung für große, protoplasmareiche, grob granulierte Zellelemente des normalen Gewebes mußte mit dem Augenblick ihre Berechtigung verlieren, als es Ehrlich gelang, in dem größten Teile dieser Waldeyerschen Plasmazellen distinkt färbbare Granula festzustellen und damit die ganze Gruppe in zwei Teile zu trennen. Unna konnte in dieser zweiten Gruppe eine neue Zellart differenzieren, die er im Hinblick auf ihren Reichtum an Protoplasma und in völligem Einverständnis mit Waldeyer „Plasmazelle" nannte, eine Namengebung, die unglücklicherweise längere Zeit zu Mißverständnissen Anlaß gegeben hat. Ich glaube dem Entdecker dieser Plasmazelle und seiner Verdienste um die ganze Frage nicht besser gerecht werden zu können, als durch eine kurze kritische Schilderung der Entwicklung, die die ganze Frage genommen hat. Seitdem Unna zur Fixation statt der aus der histologischen „Periode der Kernfärbung" bekannten Methoden nur reinen Alkohol genommen und mit polychromem Methylenblau und nachfolgender Glyzerinäthermischung färbte — die Differenzierung läßt sich wie bereits Jadassohn ausführte auch mit angesäuertem Wasser erfolgreich durchführen — sah er sich „einem Reichtum von Zellarten gegenüber, durch den sich die Hautkrankheiten nicht mehr so schablonenhaft ähnlich sehen, wie noch in den Beschreibungen von J. Neumann". Leider hat die in der ersten Entdeckerfreude angenommene Spezifität dieser Plasmazellen für bestimmte und zwar stets pathologisch veränderte Gewebe im weiteren Verlauf der Bearbeitung der Frage nicht aufrechterhalten werden können.

Es waren zunächst die Veränderungen beim Lupus, welche Unna veranlaßten, in der Plasmazelle ein ganz bestimmtes, spezifisches Element

Digitized by Google

zu erblicken. Diese Anschauung mußte ihre Berechtigung in dem Augenblick verlieren, wo es anderen Forschern, ich nenne hier in erster Linie Jadassohn, gelang, die Plasmazellen nicht nur bei den verschiedenen Formen der Hauttuberkulose, sondern nahezu bei allen subakut und chronisch verlaufenden infektiösen Entzündungsprozessen nachzuweisen. Aber auch ihre Stellung als Indikator eines rein pathologischen Vorganges ging der Plasmazelle verloren, nachdem sie in einer Reihe normaler Organe nachgewiesen werden konnte, wenn sie sich allerdings hier auch nicht in so reicher Zahl vorfindet wie bei bestimmten subakuten und chronischen infektiösen Entzündungsprozessen.

Mit Rücksicht auf ihren großen Gehalt an Plasmazellen hatte Unna für derartige Zellinfiltrate an Stelle des allgemeinen Ausdrucks „Granulationsgewebe" die Bezeichnung „Plasmon" gewählt, ein Name, der in der Literatur von vornherein wenig Anhänger gefunden hat und heute in der allgemeinen Pathologie für geschwulstartige Gebilde gebraucht wird, deren entzündlicher Charakter noch recht zweifelhaft erscheint. Im weiteren Verfolg seiner Untersuchungen hat sich dann Unna von dem was er ursprünglich als Plasmazelle beschrieben hatte immer mehr entfernt, weil er schließlich alles, was mit Methylenblau einen irgendwie krümelig gefärbten Protoplasmaleib aufwies, als Plasmazellen auffaßte und identifizierte. So gelangte er dahin, nicht nur die Zellen des chronisch entzündlichen infektiösen Granulationsgewebes, sondern auch die Zellen der Mycosis fungoides, des Sarkoms als Plasmazellen hinzustellen, eine Auffassung, die mit den Anschauungen der allgemeinen Pathologie im schärfsten Widerspruche stehend, keine Anhänger finden konnte und auch bald von Unna selbst als zu weitgehend wieder aufgegeben wurde. Wenn man den Ursachen nachgeht, die einen so erfahrenen Forscher zu derartigen Fehlschlüssen bringen konnten, so mag daran die rein morphologische Betrachtungsweise des Histologen Schuld getragen haben, der vergißt, daß das Objekt seiner Studien nur als lebendes Gewebe im lebenden Zell- und Organverband zu verstehen ist. Andererseits mag man erkennen, welche Gefahr für die Forschung darin liegen kann, von rein morphologischen Kriterien, und wären sie mit den hervorragendsten Untersuchungsmethoden gewonnen, auf funktionelle Eigenschaften zu schließen. Vielleicht hat letzten Endes die Erkenntnis der Unzulänglichkeit der einfachen Tinktion Unna zu den geistreichen mikrochemischen Studien zur Biologie der Haut angeregt und so auf Umwegen zur Erschließung eines völlig neuen Forschungsgebietes geführt.

„Bei allen diesen Formen (der Granulationsgeschwülste) sind es überwiegend jedoch nicht ausschließlich die Bindegewebs- und bindegewebsartigen Teile, aus welchen die neue Entwicklung hervorgeht." Diesen von Virchow vor nahezu 60 Jahren niedergeschriebenen Satz hat Unna der Einleitung zum Abschnitt „Die Schicksale des Granoplasmas" seines histologischen Atlas zur Pathologie der Haut vorangestellt und gleichzeitig erklärt, daß man diese Ansicht „auch heute wiederum jedem Kapitel über Granulationsgeschwülste vorausschicken kann, ohne ein Wort zu ändern". — Unnas Entdeckung seiner Plasmazellen fiel in die Zeit, da man bei der Entzündung scharf zwischen exsudativen und reparatorischen Vorgängen zu unterscheiden begann. Hatte bis dahin

Digitized by Google

die auf Grund der Cohnheimschen Beobachtung der Emigration der weißen Blutkörperchen aufgebaute Emigrationstheorie auch für die Entstehung der Granulationsgeschwülste — allerdings ohne Cohnheims Verschulden — Geltung gewonnen, so schien für Unna durch seine neuentdeckten Zellen wiederum ein Umschwung der Wissenschaft erreicht, welcher sie auf ihrer Bahn dem alten Virchowschen Standpunkte wieder nahebrachte.

Diese Feststellung leitet über zu dem Abschnitt des vorliegenden Kapitels, der zu dem heftigsten Aufeinanderprallen der Meinungen geführt hat. Unna, „der verdienstvolle Entdecker dieser Zellform" (Marchand 1913) meint, daß die Plasmazellen — wie er seit deren Entdeckung unentwegt behauptet hat — umgewandelte Bindegewebszellen sind und zwar Bindegewebszellen jeglicher Gestalt und Herkunft, und daß sie niemals aus Lymphozyten hervorgehen. Diese Auffassung hat von Anfang an bei den meisten Forschern ganz entschiedenen Widerstand und nur bei wenigen Anerkennung gefunden. Zu diesen wenigen zählt Ramon y Cajal. Bei Gelegenheit der Untersuchung syphilitischen Gewebes fand dieser Forscher vollkommen unabhängig von Unna und nahezu gleichzeitig mit diesem seine „zyanophilen" Zellen, die nach ihrer ganzen Zellform mit den Plasmazellen Unnas übereinstimmen und alsbald von ihm auch im normalen Bindegewebe nachgewiesen wurden. Ramon y Cajal hat stets die Ansicht vertreten, daß diese Zellen aus gewöhnlichen fixen Bindegewebszellen hervorgehen und ist bis heute dieser Virchowschen Ansicht, gerade wie Unna, treu geblieben.

Von den Anhängern der Unnaschen Theorie wäre neben vielen der unmittelbaren Schüler Unnas noch Leo Ehrlich zu nennen, der die Entstehung der Plasmazellen aus hypertrophischen Bindegewebszellen mittels eigenartiger Übergangszellen als sicher bewiesen betrachtet. Die von ihm beschriebenen und abgebildeten Abschnürungen von Bindegewebszellen sind von Marchand als durch zufällige An- und Überlagerung erklärt worden.

Der Unnaschen Anschauung stehen noch einige Autoren nahe, ich nenne Dubreuilh, Greggio, Rheindorf, Ceelen, die eine Entstehung aus „perivaskulären Zellen" bzw. aus Endothelzellen der Gefäße annehmen, was Marchand allerdings ablehnt. Andere Autoren sind, insbesondere nach dem Referat von Joannovics auf der 81. deutschen Naturforscherversammlung in Salzburg, neben der Entstehung aus Lymphozyten auch für die aus fixen Bindegewebszellen eingetreten.

Pappenheim, einer der erfolgreichsten Schüler Unnas, ging ursprünglich ebenfalls von der Unnaschen Lehre aus. Im weiteren Verlauf seiner Untersuchungen kam er jedoch zu einem mehr vermittelnden Standpunkt, in dem er für einen Teil der Plasmazellen an der Bindegewebsnatur festhält, daneben aber lymphozytäre anerkennt. Zu den histiogenen Plasmazellen in Unnaschem Sinne kommen Abkömmlinge der adventitiellen Zellen und rundliche lymphozytoide, zu der zweiten Gruppe die lymphatomyelogenen, eine Unterscheidung die nach Marchand aber gegenstandlos geworden ist, da die adventitiellen Zellen der Gefäße nicht mit den gewöhnlichen Fibroblasten des Bindegewebes identisch sind. — Die Pappenheimsche Auffassung, die dieser im Anschluß an Marchand 1903

Digitized by Google

erstmalig aufgestellt hatte, fand zunächst nur wenige Anhänger. Die weitaus größte Zahl der Forscher hatte sich von vornherein der von Marschalkoschen Ansicht angeschlossen, der in strengstem Gegensatz zu Unna die Plasmazellen aus Lymphozyten ableitete, d. h. der damaligen Anschauung entsprechend als hämatogene Elemente angesprochen hatte. Ein Versuch Almquists, diesen Gegensatz zwischen der Unnaschen und von Marschalkoschen Ansicht durch die Annahme eines histiogenen, bindegewebigen Typus im Sinne Unnas und eines lymphozytären hämatogenen im Sinne Marschalkos auszugleichen, fand ebensowenig Anklang wie die von Unnas Schüler Hodara vorgeschlagene Unterscheidung von echten (Unnaschen) Plasmazellen und Pseudoplasmazellen.

Der rückblickende Beobachter mag jedoch daraus entnehmen, daß bereits sehr bald gegen die von Marschalkosche Annahme der hämatogenen Abkunft der Plasmazellen eine Reihe von Bedenken geltend gemacht werden konnten. Die charakteristische Lagerung der Lymphozyten und mit ihnen der Plasmazellen in der Umgebung der Blutgefäße ist nicht als unwiderleglicher Beweis für die Auswanderung aus denselben anerkannt worden, zumal — worauf besonders Unna in Verteidigung seiner Auffassung hingewiesen hat — die mehrfach behauptete Anhäufung und Randstellung der Lymphozyten innerhalb der Blutgefäße in der Regel bei den hier in Betracht kommenden Prozessen vermißt wird. Ganz besonders aber wurde gegen die Ableitung der lymphozytären Infiltrate aus dem strömenden Blut der Einwand erhoben, daß ihre Menge im Gewebe in keinem Verhältnis zu der im Blut vorhandenen Zahl dieser Zellen steht. Endlich hat Sternberg noch besonders darauf hingewiesen, daß die histologischen Bilder, die für eine Auswanderung der Lymphozyten aus den Gefäßen sprechen, nicht immer eindeutig sind und oft auch umgekehrt die Annahme einer Einwanderung aus den perivaskulären Infiltraten in die Gefäße zulassen.

Alle diese Tatsachen führen immer mehr zu der Annahme, daß die Plasmazelle ein Bindegewebsabkömmling ist. Ein Gegensatz besteht allerdings noch insoweit, als Marchand dabei an histiogene Lymphozyten denkt, während Unna, wie ich einer neuesten brieflichen Mitteilung von ihm wörtlich entnehme, „alles was an Bindegewebszellen sämtlicher Organe mit Granoplasma (gute Pappenheim-Unna-Färbung vorausgesetzt) beladen vorkommt, dann Plasmazellen nennt, wenn sie von Granoplasma ganz erfüllt sind und Vorstufen zu solchen, wenn sie es teilweise sind. Alle diese sind seßhaft und keine Wanderzellen."

Wenn die Plasmazelle demgemäß auch sehr viel von ihrer vermeintlichen Spezifität als Zellform verloren hat, so blieb ihr in der Histopathologie der Haut trotz der vielen Wandlungen, welche unsere Vorstellung über ihre Entstehung, Herkunft und Bedeutung im Laufe der Jahre erfahren hat, nicht nur die von ihrem Entdecker beschriebene differential-diagnostische Verwertbarkeit bei gewissen Krankheitsprodukten gewahrt, sondern sie hilft auch heute noch den Histologen, einander nahestehende Prozesse zu unterscheiden. Es bleibt außerdem ein besonderes Verdienst Unnas in der „Rundzelleninfiltration" eine besondere Art von Zellen nachgewiesen und zum Schwinden eines Scheinbegriffes (Rundzelleninfiltration) beigetragen zu haben „der viel Unheil angerichtet hat", — um seine eigenen

Digitized by Google

Worte anzuführen —, „zuerst Verlegenheitsausdruck, dann ein Deckmantel für viele klaffende Lücken unseres Wissens."

Den Begriff des Naevus maternus, der zum Unterschied von den meisten in der Pathologie behandelten Gegenständen seinen Weg aus dem Kreise der Laien in die Wissenschaft genommen und daher bei seiner Übernahme auf ernste Schwierigkeiten stieß, charakterisierte Unna in enger Anlehnung an den laienhaften Sprachgebrauch schärfer als: „Hereditär veranlagte oder embryonal angelegte, zu verschiedenen Zeiten des Lebens sichtbar werdende und äußerst langsam sich entwickelnde, durch Farbe oder Form der Oberfläche auffallende, umschriebene kleinere Mißbildung der Haut."

Aus dieser Gruppe hat diejenige der weichen Naevi eine für die allgemeine Pathologie ganz besondere Bedeutung gewonnen. Es stellte sich zunächst heraus, daß die Multiformität, welche diese weichen Naevi auf einem Individuum aufweisen, wo sie in größerer Zahl vorhanden sind, sich durch Verschiedenheit der Entwicklungsphasen einer einheitlich angelegten Geschwulst erklären läßt, und daß dieselben keineswegs ebenso viele verschiedenartige Geschwülste darstellen. Über die mehr histologisch-klinische Feststellung hinaus haben aber diese weichen Muttermale ein außergewöhnliches Interesse dadurch erhalten, daß die Keimblattfrage zu ihnen in Beziehung gesetzt wurde. Unna hat die so oft erörterte Frage der Entscheidung erheblich näher geführt, so daß, was lange Zeit als Bindegewebszelle galt, in Wirklichkeit eine epitheliale Enklave im Bindegewebe, ein verirrter Geschwulstkeim im Sinne Cohnheims ist. Neben einer Reihe rein morphologischer Kriterien war es vor allem der Verfolg der Entwicklungsgeschichte der weichen Naevi, der der Ansicht, die letzteren seien Abkömmlinge des Bindegewebes, insbesondere des Lymphendothels, einen heftigen Stoß gab und zeigte, daß dieselben höchstwahrscheinlich etwas anderes sind als Endotheliome, nämlich Epitheliome im Sinne Unnas.

Alle pigmentierten und nichtpigmentierten flachen, beetförmig erhabenen Naevi, welche man von Neugeborenen und Kindern entnimmt, offenbaren nämlich einen direkten Zusammenhang des Deckepithels und an follikelreichen Hautstellen auch der Stachelschicht des Haarbalges und sogar der Knäueldrüsengänge mit den Zellsträngen des Naevus. Stets fand Unna bei diesem kontinuierlichen Übergang einer Bildung in die andere eine gleichzeitige Metaplasie der Stachelzellen zu weichen plastischen Klümpchen ohne Stachelpanzer und ohne Epithelfaserung. „Als Wahrzeichen ihrer epithelialen Natur und Abstammung behalten diese Stachelzellen stets ihren ovalen bläschenförmigen hellen Kern und bleiben mit ihren Nachbarepithelien ohne Dazwischenkunft von Interzellularsubstanz in unmittelbarem Zusammenhang. Stets zeigen diese metaplastischen Epithelkomplexe die Neigung, sich von dem fasertragenden Epithel als rundliche Ballen und Stränge abzuschnüren, worauf sie sofort vom Bindegewebe der Kutis umwachsen und vollständig isoliert werden."

Mit dieser Entscheidung war aber das Interesse an den weichen Naevi nicht erschöpft, denn es hing damit die Lösung einer größeren und wissenschaftlich bedeutungsvolleren Frage eng zusammen. Der Frage nämlich, wie gewisse bösartige Geschwülste aufzufassen seien, welche

Digitized by Google

selbst bis auf den heutigen Tag noch teils als Sarkome, teils als Karzinome gedeutet werden. Die Hartnäckigkeit der hier sich gegenüberstehenden Gegner mag gerade durch die prinzipielle Natur der Nävusfrage auf pathogenetischem Gebiet bedingt sein. Wenn man den Ursachen nachgeht, weshalb denn eigentlich von pathologisch-anatomischer Seite der epithelialen Theorie ein so starker Widerstand entgegengebracht wird, während von seiten der Anatomen und Embryologen — ich nenne nur Kölliker, Waldeyer, Klaatsch, Stöhr — dieselbe in Gent 1897 Annahme fand, so mag man einmal daran denken, daß die Embryologen täglich die Präponderanz des Epithels in formativer, wie die des Bindegewebes in nutritiver Richtung vor Augen haben, und ihnen daher eine epitheliale Nävustheorie kongenial erscheinen mußte, während die Annahme einer solchen den Pathologen durch „den Bindegewebsstempel" — wie Unna schreibt —, welchen der Altmeister Virchow der gesamten Pathologie aufgedrückt hat, wesentlich erschwert scheint.

Durch die Feststellung der Zellstränge der weichen Nävi als wahre Oberhautepithelien, welche bereits im Embryo oder in früher Jugend vom Deckepithel abgeschnürt werden, muß naturgemäß die Entstehung von Karzinomen aus ihnen ganz verständlich, ja selbstverständlich erscheinen. Jene ganzen, periodisch sich wiederholenden Abschnürungserscheinungen des Epithels boten bereits eine gewisse Ähnlichkeit mit der Entstehung alveolärer Karzinome sowohl in bezug auf die dabei vorkommende Deformation der Epithelleiste, wie in bezug auf die Metaplasie der feineren Epithelstruktur. Diese fundamentale Tatsache lieferte die denkbar beste Grundlage für eine im Cohnheimschen Sinne durchgeführte Theorie gewisser Karzinome. Daher hat es Unna nie so lebhaft bedauert, sich nicht zu den Schülern Cohnheims zählen zu dürfen, wie nach dieser Entdeckung. Selbst kein Anhänger seiner Geschwulsttheorie und stets der Ansicht, daß dieselbe nur für die benignen, nie für die bösartigen Geschwülste Geltung erhalten würde — für welche ihm die parasitäre Theorie größere Wahrscheinlichkeit zu besitzen schien — war es ihm vergönnt, einen der wichtigsten Bausteine gerade für Cohnheims Karzinomtheorie beizutragen.

Soweit eine Klärung der Nävus- und Melanomfrage auf morphologisch-entwicklungsgeschichtlicher Basis möglich ist, mag sie Unna uns gegeben haben. Immerhin darf nicht unerwähnt bleiben, daß für eine wichtige Form der Melanome — für die Melanome der Aderhaut — seine Auffassung nicht restlos klärend wirken kann. Andererseits hat die epitheliale Theorie gerade in neuester Zeit durch die Arbeiten Blochs und seiner Schüler eine wertvolle Stütze erhalten, indem der Nachweis geführt wurde, daß die Melanome der Haut in gleichem Sinne auf Dioxyphenylalanin reagieren wie von allen übrigen Organen und Organgeweben nur noch einzig und allein die Basalzelle der Epidermis.

Wenn auch hier noch eine Einschränkung zu machen ist — ein Schüler Hedingers will auch in einer echten Bindegewebsgeschwulst eine positive Dopareaktion gefunden und damit deren Spezifität für rein epidermale Elemente ins Wanken gebracht haben —, so darf doch alles in allem betont werden, daß die epitheliale Natur der Nävuszellen heute gefestigter dasteht wie je zuvor.

Digitized by Google

Es kann nicht meine Aufgabe sein, die in den vorstehenden Zeilen angedeutete große Linie der Unnaschen Forschungen durch Anführung der zahlreichen kleineren Arbeiten und Untersuchungen zu verwischen. Weit davon entfernt, deren Bedeutung für den Fortschritt unserer Erkenntnis auf einzelnen Teilgebieten zu unterschätzen, würden sie, hier im Zusammenhang vorgetragen, doch nur ermüdend wirken, aus der Mitte gleichsinniger Arbeiten herausgerissen, ein nur unvollständiges Bild liefern können und daher den Eindruck des Gesamtwerkes nur abschwächen.

Kurz hingewiesen sei noch auf Unnas Arbeiten zur Ekzemfrage, deren histologische Bedeutung allerdings nur im Zusammenhang mit der Klinik gewürdigt werden kann, und den von ihm herausgegebenen histologischen Atlas, der erstmalig und in bis heute unerreichter Weise die Pathologie der Haut im histologischen Bilde und in dessen Deutung vorführt.

Unnas Anteil an der bakteriologischen Erforschung der Haut.

Von

Dr. A. Herz-Hamburg.

Diese Arbeit, welche einem Teilausschnitt des Lebenswerkes Unnas entspricht, erschien bereits in der Unna-Festschrift 1910.

Die unendlich schwierigen Verhältnisse der Jetztzeit mit den ins Maßlose gesteigerten Kosten für Druck und Papier ließen eine Wiederholung der Arbeit an dieser Stelle nicht zu. Es folgen daher hier lediglich einige notwendige Ergänzungen.

1910 wies Unna in einer besonderen Arbeit „Histotechnik der leprösen Haut“ die Grundlagen auf, welche zur Gewinnung seiner Funde gedient haben, wobei die besonderen Schwierigkeiten bei der tinktoriellen Behandlung der leprösen Haut, gleichzeitig Bazillen und Gewebselemente zu scharfer und bester Darstellung zu bringen, von selbst auf die drei tinktoriellen Hauptabschnitte verwiesen, der Darstellung der Bazillen allein, des Hautgewebes allein und der Bazillen mit dem Hautgewebe zusammen. Für das Studium des feineren Details der Leprabazillen benutzte Unna hierbei eine Methode der mechanischen Isolierung der Bazillen, welche in geradezu geistvoller Weise einen technischen Ersatz für die fehlende Kultur bietet, die „Hackmethode“ (Zerkleinerung exzidierter Leprome mit nachfolgender Verdünnung in Wasser, Filtration und Zentifugieren). Dreißig zum Teil neue Färbungen sind in dieser Arbeit niedergelegt. Unna betont nochmals den Formenreichtum des Lepra-„bazillus“, welcher als solcher nur eine einseitige Darstellung des Lepraorganismus (mittels Entfärbung durch Säuren und Salze) sei und viel zu groß, als daß er sich durch eine einzige Färbungsmethode erschöpfen ließe.

Paul Unna jun. bediente sich der „Hackmethode“ ebenfalls, um auf Grund verschiedenartigster Extraktionsmethoden die Fettkörper der Lepra-

Digitized by Google

bazillen näher kennenzulernen. Indem er sich auf Grund dieser Versuche die Säurefestigkeit des Leprabazillus aus der innigen Mischung der lediglich säurefesten Fettkörper und des nur alkoholfesten Restes, der wahrscheinlich zum größten Teil aus Eiweißkörpern bestehe, erklärt, bestätigt er wiederum die gleichen Ursachen, welche Unna sen. schon 1896 der auffallenden Langsamkeit der Färbung und Schwierigkeit der Entfärbung der Lepra- und Tuberkelbazillen zugrunde legte.

In parenthesi sei hier noch hinzugefügt, daß Unna, gestützt nicht nur auf klinische Symptome einzelner viele Jahre hindurch beobachteter Leprafälle, sondern auch auf Grund konsequent durchgeführter mikroskopischer Kontrolle an exzidierten Hautstückchen, welche er der Thymenviktoriablau-Safranin-Methode unterzog, das „Dogma" von der Unheilbarkeit der Lepra entschlossen umstößt und die Möglichkeit einer Heilung, auch der Lepra tuberosa, betont. Natürlich ist ihm klar, daß nirgends so wenig unbegründeter Optimismus am Platze ist wie gegenüber dieser Krankheit, deren fragile Hautknoten zwar rein symptomatisch zum Schwinden gebracht werden können, deren verborgene Erscheinungen im Inneren des Körpers ohne Behandlung dennoch in stetem Fortschritt zum Tode führen.

Aber haben wir nicht auch das Dogma von der Unheilbarkeit der schweren Erscheinungen der Tuberkulose schwinden sehen, als eine zielbewußte Therapie die Bazillenfurcht überwinden gelernt und in entschlossenem Anlauf dem kranken Gesamtorganismus zu Leibe ging?

Die Bekämpfung der Bazillenfurcht bei Lepra, das heißt die Bekämpfung der seit dem ersten Berliner Leprakongreß großgezüchteten Leprafurcht überhaupt ist es, welche sich wie ein roter Faden durch alle Arbeiten Unnas zur Ätiologie der Lepra hindurchzieht. Die Entstehung übertriebener Anschauungen über die Ansteckungsfähigkeit der Lepra ist ja an sich nicht verwunderlich, nachdem seit der Entdeckung des Leprabazillus die ungeheure Zahl von Krankheitskeimen in einzelnen Krankheitsherden, Sekreten und Exkreten (Boecks Fäzesuntersuchungen) festgestellt wurde. Wurden doch von Schäffer an Hand von 2 Leprafällen beim Sprechen, Niesen usw. selbst bis Entfernung von 1,5 m Ausschleuderungen von 100,000 Bazillen und darüber nachgewiesen! Dieses Resultat konnte allerdings bei Nachprüfungen in 7 Fällen Unnas nicht bestätigt werden und mußte, da diese Versuche fast negativ ausfielen, durchaus mit der Stärke der Schleimhautaffektion und der Menge des abgesonderten Speichels in Beziehung gebracht werden. Gerber-Königsberg konnte in den gesunden oberen Luftwegen Lepröser im allgemeinen auch keine Bazillen nachweisen und fand in gut gereinigten Wohnräumen der Leprösen Bazillen weder an den Betten, noch an den Wänden, Fußböden usw.

Dennoch muß ja gerade das Mißverhältnis zwischen einer solchen Unzahl ausgeschleuderter Bazillen und der mangelnden bzw. seltenen Infektion der Umgebung den Gedanken nahelegen, daß die Ausschleuderung von Bazillen allein eine Infektionsgefahr nicht zu bedingen vermag. Dazu kommt die Frage, ob und wie viele von den Bazillen bereits abgestorben sind. Ist doch früher schon bei der Pityriasis versicolor und den Saprophytien u. a. auch von Unna festgestellt worden, daß

Digitized by Google

die zahlreiche Menge der Erreger oft in krassem Widerspruch zur Zahl der angegangenen Kulturen steht! Unna betonte, daß die Frage, wie sich die Lepra ausbreitet, nicht allein vom Standpunkt des Bakteriologen, sondern nur unter Mitwirkung der Hygieniker im weitesten Sinne und unter Heranziehung aller der vielen Einzeltatsachen von Bedeutung, welche in der Gesamtliteratur über Lepra angesammelt sind, geklärt werden kann. Aus diesem Grunde lieferte er, zunächst zu seiner eigenen Belehrung und ohne jeden Versuch einer Kritik, eine Zusammenstellung wesentlicher älterer und neuerer Tatsachen über Lepraätiologie (Hamb. med. Überseehefte).

Dieselbe bezieht sich auf die Frage des Primäraffekts, welcher teils in die Haut, teils in die Nase verlegt wird (letzteres von Sticker bekanntlich in fast so entschiedener Form, als ob die Nase fast in demselben Sinne der Ort des Primäraffekts sei wie der Penis für die Syphilis). Weitere Zusammenstellungen betreffen die Frage der Infektionsmöglichkeit durch Sekrete und Exsudate der Haut und Schleimhäute, Brustdrüsen, Urins, Fäzes, die Rolle lebloser Zwischenträger wie lebender (Insekten), Nahrungsmittel (Fische, Milch), Wasser und Erde, Unreinlichkeit. Der häufige Zusammenhang der Lepra mit Krätze wird ausführlich erörtert. Und damit kommt Unna auf den Kernpunkt der Frage, die Rolle des Traumas, wobei mit großer Überzeugungskraft dargetan wird, daß es gleichgültig ist, welcher Art dieses Trauma ist (Wanzenbisse, andere Insekten, Krätzmilben usw.), sondern daß es, soweit die Infektion der Haut in Betracht kommt, auf die Erzeugung einer juckenden Dermatose ankommt, welche zum Kratzen, d. h. zu einem ausreichenden Trauma der vorher mit bazillenhaltigem Sekret verunreinigten Haut überhaupt führt. Die Summe der Einzeltatsachen drängt Unna daher zum Schluß, daß es eine alleinige „Ursache" der Lepra nicht gibt, und er möchte mit Verworn den unklaren Begriff der „Ursache" für die Entstehung einer Infektion überhaupt ersetzen durch den der „Bedingungen", als welche er für die Leprainfektion bezeichnet: 1. den Bacillus leprae, 2. grobe Unreinlichkeit, 3. das Trauma.

Übrigens hält Unna den Morbus biblicus, die „Zaraath", bestimmt nicht für Lepra, und er begründet in einem interessanten Aufsatz (ein typischer Fall von „Papierwissenschaft") diese Meinung überzeugend und mit bemerkenswerter Belesenheit aus dem Bibeltext selbst sowie aus der hebräischen, medizinischen und philologischen Gesamtliteratur. Die Zaraathlehre der Bibel besitzt nach ihm lediglich legale Bedeutung, und er hält den Begriff der „Zaraath" etwa vergleichbar dem „Tabu" der Naturvölker.

Die neue Lehre von den Sauerstofforten der Haut ließ ihn dann noch eine durchaus neue und eigenartige Färbemethode finden, welche das Bild der Streptokokken des Ulcus molle in sehr verbesserter Gestalt ergibt, die Rongalitweißfärbung, eine spezifische Sauerstoffärbung. Nachdem es sich nämlich gezeigt hatte, daß (ebenso wie die Organismen der Gonorrhoe) die des Ulcus molle einen gewaltigen reduzierenden Einfluß auf ihre Umgebung ausüben, war anzunehmen, daß der weiche Schanker ein dankbares Objekt für diese Methode abgeben würde. Diese Annahme bestätigte sich und führte zu einer Methode, bei welcher die Ketten der

Digitized by Google

Streptokokken in ihrem Zusammenhang und jeder Bazillus einzeln in bisher unerreichter Weise hervortreten, während die sauerstoffarme Umgebung nur schwach gefärbt erscheint.

Wohl auf keinem Gebiet sind die Wirkungen der langen Kriegsjahre und die erst jetzt in voller Schärfe zutage tretenden Folgen derselben für die deutsche Wissenschaft so einschneidend gewesen wie für die Bakteriologie.

Stehen wir heute vor dem drohenden Zusammenbruch unserer gesamten wissenschaftlichen Forschungsarbeit, vor der Tatsache, daß z. B. die bakteriologische Abteilung des Berliner pharmakologischen Instituts infolge der Not der Zeit eingehen mußte, so ist leicht zu ermessen, daß der seit fast einem Jahrzehnt vorhandene Mangel des für bakteriologische Arbeiten notwendigen Rohmaterials, die lange Unterbrechung des gerade für die Dermatomykosen so wesentlichen und durch Vergleich fruchtbaren internationalen Austausches der Arbeitsmittel, Pilzsubstrate, Literatur usw., auch auf die bakteriologische Erforschung der Haut lähmend wirken mußte.

Möge es einem Forscher wie Unna, dessen freier und weiter Blick immer über enge Grenzen hinausstrebte, dessen umfassende Gedankenarbeit überall in der Welt kritisches Echo und fruchtbringenden Widerstreit der Meinungen erweckte, vergönnt sein, am Wiederaufbau deutscher Wissenschaft und der Versöhnung der Völker durch gemeinsame wissenschaftliche Forschung noch viele Jahre tätig zu sein.

Unna als Kliniker.

Von

Prof. Dr. Fr. Šamberger.

Als Unna seinen Weg als Kliniker-Dermatologe begonnen, befand sich die Dermatologie am Scheidewege zwischen zwei Epochen: der alten, rein klinischen und der neuen, klinisch-experimentellen.

Unna ist der ausgesprochenste Vertreter der letzteren. Wer ihn als solchen zu würdigen versucht, muß sich vor allem die Benennung dieser Epoche zurechtlegen und sich ihre zwei Komponenten, eine klinische und eine experimentelle, vergegenwärtigen.

Bei jedem Versuch, die Eigenschaften des Klinikers der ersten Komponente zu kennzeichnen, müssen wir in die Epoche der alten, rein klinischen Dermatologie zurückgreifen. Diese Merkmale möchte ich in einer kurzen Definition zusammenfassen. Ein Kliniker der alten Epoche mußte alle Eigenschaften eines Künstler-Malers besitzen.

Alle unseren berühmten Klassiker der ersten Epoche betrachte ich als alte klinische Maler. Sie waren Ärzte-Künstler, und sie mußten, um in den verschiedenen Bildern der Hautkrankheiten mehr zu sehen als die übrigen und damit sie das, was sie sahen und beobachteten, richtig und genau reproduzieren und mit Worten auszumalen vermochten, weit

Digitized by Google

empfänglichere Nerven als ihre durchschnittlichen Zeitgenossen besitzen. Künstler also im eigentlichsten Sinne des Wortes.

Ich weiß es nicht sicher — ich kenne so weit die Kulturgeschichte unserer Klassiker nicht —, aber ich nehme es als bestimmt an, daß alle auch sonst in ihrem Privatleben enge Beziehungen zu der Kunst im allgemeinen — Malerei, Musik usw. — pflegen mußten. Ich kann es mir anders nicht denken.

UNNA als Kliniker der klinisch-experimentellen Epoche müssen wir daher vor allem vom Standpunkte dieser alten Epoche der Kunst würdigen. Mit Rücksicht auf das Gesagte dürfte es alle Dermatologen interessieren, wenn ich gleich bemerke, daß UNNA als Mensch ein begeisterter und ausgezeichneter Künstler-Musiker ist. Als Angehöriger der tschechischen Nation möchte ich hier hervorheben, daß UNNA sehr oft unser böhmisches Kammerquartett in seinem Heim bewirtet hat und daß ihn mit diesen Künstlern persönliche Freundschaft verbindet.

UNNA als Mensch ist eine ausgesprochene künstlerische Persönlichkeit, eine Gabe, welche ihm die Natur als Wiegengeschenk mit auf den Lebensweg gegeben und welche ihm auf dem Wege, auf welchen ihn das Leben gedrängt, unverkennbare Züge verliehen hat.

UNNA als Dermatologe ist also vor allem ein Künstler und als solcher wohl die schönste Blüte der alten dermatologischen, rein klinischen Epoche — der künstlerischen, so wie ich sie sehe und benenne.

Wer sich davon überzeugen will, nehme nicht gleich UNNAS große Arbeit in die Hand, sondern lese zuerst seine kurze Abhandlung „Über Impetigo vulgaris und Impetigo circinata" aus dem Jahre 1899 und verbleibe bei seiner differentialdiagnostischen Erörterung, dann wird er sehen, welches Beobachtungs- und Zeichnertalent er vor sich hat. Es ergeht einem dabei so ähnlich, wie wenn man sich in der Galerie eines Malers vor einer Studie irgend einer schlichten, einfachen Blume aufstellt. An diesem Gegenstande, welcher einem durch seine Einfachheit und Schlichtheit am nächsten steht, kann man am leichtesten die Beobachtungskunst und die Reproduktionsfähigkeit des Meisters merken und bewerten, was einem an großen Gemälden oft entgeht.

Oder man nehme eine andere dermatologische Arbeit UNNAS, z. B. seine Studie über die Impetigo BOCKHART aus dem Jahre 1892 und verbleibe bei seiner klinischen Beschreibung dieser Affektion. Diesen Teil seiner Arbeit müßten alle Jünger der Dermatologie auswendig lernen: so klassisch wird uns hier von UNNA das klinische Bild dargestellt. Sollte einmal ein Versuch, ein Lesebuch für junge Kliniker-Dermatologen zu schreiben, unternommen werden — eine solche Arbeit bliebe übrigens heute nicht ohne Verdienst! —, dann dürfte diese Darstellung aus UNNAS Feder in einem solchen Buche wohl nicht fehlen!

So versteht UNNA die Hauteffloreszenzen zu sehen, und so versteht er sie auch zu beschreiben. Deshalb kann man beim Lesen seiner klinischen Arbeiten nie irgend welche Krankheitsbeschreibungen überspringen — oder sie nur flüchtig lesen, was einem oft ganz mutwillig bei so vielen anderen Autoren passieren kann. UNNAS Krankheitsbeschreibungen in dem Texte kleinzudrucken wäre eine Sünde, so selbstverständlich und berechtigt dies auch in vielen Arbeiten zeitgenössischer

Digitized by Google

Autoren erscheinen mag. Nehmen wir z. B. die Beschreibung der Krankheit, mit welcher Unna seine Studie über die Purpura senilis beginnt. Keine Barettasche Moulage könnte die Hautveränderungen schöner und besser darstellen, als sie Unna hier an seiner Patientin beschreibt. Aber noch schöner können wir Unnas zeichnende klinische Kunst in seiner Publikation über die selten vorkommenden Hautkrankheiten im internationalen Atlas beobachten. Vergleichen wir da, wie Unna irgend eine Krankheit mit Worten und wie dieselbe Krankheit der Maler mit den Farben darstellt, dann muß man mir zugeben, daß uns die Worte Unnas das Krankheitsbild weit ausgesprochener und deutlicher zeigen als die Farben des Malers.

Unna — der Kliniker-Künstler — perzipiert scharf die Bilder der Hautaffektionen. In seinem Geiste entsteht ein Bild von scharfen Konturen, zusammengesetzt nur aus den grundsätzlichen Bestandteilen, frei von allen zufälligen und nebensächlichen Erscheinungen. Und so versteht er wie kein zweiter, soweit ich unsere Literatur kenne, unsere alten Klassiker unbeirrt zu lesen und sich mit einer so erstaunlichen Sicherheit den Weg durch den Urwald von verworrenen Begriffen und Benennungen, mit welchen die Dermatologie in der humoralen Periode der Medizin so verschwenderisch war, durchzuschlagen.

Die Mehrzahl seiner klinischen Arbeiten beginnt Unna mit historischer Beleuchtung des beschriebenen Krankheitsbegriffes, wobei er bis zum ersten, ältesten Autor zurückgeht, er erklärt und beleuchtet, wer den ursprünglichen Begriff im Laufe der Jahre verzeichnet und manchmal bis zur Unkenntlichkeit verdunkelt hat. Dabei muß er manchmal in eine wissenschaftliche Polemik mit seinen Zeitgenossen von klingendsten Namen geraten, er, der Privatgelehrte, mit klinischen Vorständen und offiziellen Schulen. Man kann begreiflicherweise nicht alle Belege dieser Art hier anführen. Wir können jedoch nicht umhin zu zeigen, wenigstens an zwei Beispielen, diese seine Art sich durchzusetzen und das betreffende Gebiet zu reinigen.

Unna beobachtete sechs Fälle von besonderer Purpuraart. Alle betrafen alte Frauen, und bei allen waren — mit einer einzigen Ausnahme —, und zwar nur an den Unterarmen, hämorrhagische Flecke vorhanden. Nur in diesem einen Ausnahmsfalle waren einige Flecke auch auf den Unterschenkeln, ohne daß man sich ihre Entstehung aus den Krampfadern erklären konnte. Die Beschreibung eines solchen Falles schickt er voraus. Das ist der Fall, von dem oben schon die Rede war. Das scharfe Bild der beobachteten Affektion, welches in Unnas Geiste entstand, ermöglichte ihm, folgenden Satz niederzuschreiben: „Merkwürdigerweise schweigen die heutigen Lehrbücher über die Affektion vollkommen, und nur einigen Autoren in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts scheint dieselbe bekannt gewesen zu sein." Er blättert also in der Geschichte, bis er bei Batemans scurvy of oldage — Purpura senilis anlangt. Weil er ein genaues Bild seiner Fälle vor den Augen hat, sieht er klar, daß Batemans Purpura „so wenig etwas mit allgemeiner Kachexie zu tun hat, wie mit dem höheren Alter als solchem". Er weiß auch, daß Réder nicht recht hat, wenn er die Purpura senilis in eine Gruppe mit der varikösen stellt. So auch nicht Kaposi und Neu-

Digitized by Google

MANN und auch nicht CAZENAVE, sowie nach ihm HARDY, wenn sie behaupten, daß die Purpura senilis nur eine Purpura simplex alter Leute wäre. Dabei gerät UNNA fast mit der ganzen zeitgenössischen dermatologischen Welt in Streit.

„Wenn es aber weder die Kachexie des Alters (GIBOUT) noch die variköse Beschaffenheit der Gefäße (RÉDER) ist, welche die Purpura senilis bedingt und dieselbe wegen ihrer auffallenden Eigenheiten auch nicht bloß als eine Purpura simplex aufzufassen ist, die zufällig bei alten Leuten vorkommt (CAZENAVE), was ist dann das eigentliche Wesen derselben und worin unterscheidet sie sich von allen sonst bekannten Arten der Purpura?"

Diese Frage stellt UNNA, der Kliniker der rein klinischen Epoche an UNNA, den Kliniker der neuen klinisch-experimentellen Epoche, an den meisterhaften Beherrscher des Mikroskops. Und dieser löst die Frage und antwortet zugunsten der Ansicht UNNAS, des Klinikers der rein klinischen Epoche.

Und dieses Verhältnis zwischen UNNA, dem Kliniker der rein klinischen Epoche und UNNA, dem Kliniker der klinisch-experimentellen Epoche, begegnen wir in der Mehrzahl seiner Arbeiten. Wir führten ein Beispiel an, in welchem der Histologe UNNA dem Kliniker UNNA bestätigt, daß er richtig sieht. Wir geben noch ein Beispiel, eines von den vielen, in welchem der Bakteriologe UNNA denselben Dienst dem Kliniker UNNA erweist. Zu diesem Zwecke kehren wir zu seiner bereits zitierten Arbeit über Impetigo BOCKHART zurück.

In seiner Art beginnt da wieder UNNA der Kliniker den Faden einer klinischen Studie, mit WILLAN angefangen, zu verfolgen. Mit dem scharfen Bilde der von ihm geschilderten Krankheit vor den Augen, nimmt er wahr, daß eine ganze Reihe von WILLANS Impetigines nichts anderes sei als unser Ekzem. Und es ist ein Vergnügen, seine klinischen Begründungen zu lesen. Und in gleicher Weise versetzt er uns in Staunen, wie meisterhaft er seine Auffassung von WILLANS Porrigo favosa gegenüber der Auffassung des älteren HEBRA verteidigt und wie meisterhaft er uns durch die fast undurchdringliche Wirrnis und das Durcheinander von verschiedenen Prorrigo, Achor, Impetigo, Ekthyma, Teigne, Ekzema impetiginosum, Crusta lactea bis zum ersten aussichtsvollen Orientierungspunkt über das Wesen von Impetigo, das ist zu den rein eitrigen Hautaffektionen ERASMUS WILSONS, hinführt. Und nun muß man im Original die äußerst schöne Abhandlung, gewidmet der Diskussion mit HEBRA dem Älteren, lesen. Wir sehen da vor uns zwei hervorragende Kliniker. HEBRA, von welchem WILSON schroff abgewiesen wurde, und UNNA, welcher als Kliniker der alten Epoche den jungen WILSON verteidigt, und dies mit Erfolg. Und nun gibt UNNA, der Kliniker der alten Epoche, demjenigen der klinisch-experimentellen Epoche — dem Bakteriologen und Histologen UNNA das Wort.

Die Erkenntnisse UNNAS, bloß des Klinikers, und UNNAS, des Kliniker-Experimentators, verflechten und vervollständigen sich sehr schön in seiner kleinen Arbeit über Akne aus dem Jahre 1908. Schritt für Schritt erklärt UNNA, der klinische Experimentator, dem Kliniker UNNA das Wesen von allen klinischen Phasen von Acne juvenilis. Er

Digitized by Google

bestätigt ihm histologisch seinen klinischen Eindruck, daß Acne juvenilis etwas ganz anderes ist als Rosacea und eine Reihe von zufälligen Follikulitiden.

In anderen ähnlich gebauten Arbeiten reinigte Unna den Begriff der Rosacea und trennte diese vom Kapitel Akne ab. Ähnlich behandelte er Rhinophyma, dessen pathologisch-anatomisches Wesen er meisterhaft beleuchtete und demgemäß auch wirksame Therapie einführte.

Übergehend nun eine Reihe ähnlicher Arbeiten und Studien, klein an Umfang, jedoch nicht an Inhalt, halten wir bei seinem Ekzem. Unnas Pathologie und Therapie des Ekzems ist — nach unserem Vergleiche ausgedrückt —, ein großes Leinen, ein großes Gemälde, die größte von Unnas klinischen Studien. Sie erschien im Jahre 1903. Und wie jedem großen Gemälde eine Reihe von Skizzen und Entwürfen vorangeht, so war es auch hier. Auch dieser Monographie ging eine Reihe kleinerer Arbeiten über dieses Thema voraus. Folgende liegen vor mir:

1. Syphilis und Ekzema seborrhoicum, aus dem Jahre 1888;
2. Das seborrhoische Ekzem, aus dem Jahre 1893;
3. Die parasitäre Natur des Ekzems, aus dem Jahre 1900;
4. Die Geschichte des Ekzems in England, aus dem Jahre 1902.

Diese Monographie würde eine besondere Abhandlung verdienen. Der Zweck unserer Arbeit erlaubt jedoch nicht, alles voll zu würdigen, was an geschichtlichen Daten und an Beobachtungen hier zusammengetragen ist.

Nachdem wir die Art des Unnaschen Pinsels und sein Arbeitssystem kennen, bemerken wir nur, daß man in dieser umfassenden klinischen Arbeit alle charakteristischen Elemente Unnas Schöpfung findet, die wir schon in seinen kleineren Arbeiten beobachtet haben. Wir sehen auch hier, daß er vor allem seine klare Vorstellung über das Ekzem mit jener der klassischen Autoren der vergangenen rein klinischen Epoche in ein Verhältnis zu bringen trachtet. Seine wichtigste Tat ist demnach die, daß er das klinische Studium des Ekzems allen Nachfolgern vereinfachte, und zwar dadurch, daß er — wenn auch vielleicht nur vorläufig — die Auffassung, Ekzem wäre eine einheitliche Krankheit, allenfalls mit mehreren, vorderhand vielleicht nur provisorischen klinischen Typen, angenommen hat. Demnach die Bezeichnung des Buches: „Pathologie und Therapie des Ekzems" und nicht „der Ekzeme".

In seiner Art eines alten Kliniker-Klassikers schildert er die allgemeine Symptomatologie des Ekzems und kommt zu seiner Definition seines weiten Begriffes des Ekzems.

Nun kommt zum Worte Unna, der klinische Experimentator. Zuerst der Histologe, welcher Unna, dem Kliniker, die Richtigkeit seiner rein klinischen Ansicht über das Ekzem und die Richtigkeit seiner Definition bestätigt.

Dann übernimmt die Führung Unna, der Bakteriologe, und bestätigt dem Kliniker, daß das Ekzem, wie er es klinisch sieht, wirklich „eine parasitäre Oberhauterkrankung" ist.

Und zum Schluß kommt Unna, der Chemiker-Therapeut, mit seinem therapeutischen Stil, über dessen Wesen wir noch sprechen werden.

Digitized by Google

So viel aus dem allgemeinen Teile. Im speziellen, in welchem er einzelne klinische Typen des Ekzems beschreibt, zeichnet er in ähnlicher Art.

Eine von diesen Typen — das seborrhoische Ekzem — hat er, als erster diese Arbeit unternehmend, so vollendet und überzeugend dargestellt, daß das von UNNA gezeichnete klinische Bild und der von ihm stammende Name allerorts angenommen und anerkannt wurde.

Die Folge dieser umfassenden Studie ist seine originelle Ansicht über die Psoriasis als eine in dieselbe Gruppe als Ekzem gehörige Krankheit, das ist in die Klasse der parasitären Oberhauterkrankungen.

Weil ich noch die therapeutische Kunst UNNAS und seine Ansichten über das Wesen der Hautkrankheiten als wichtiges Kennzeichen seines Bildes als Kliniker ausführlicher besprechen will, kann ich mich, um den gegebenen Umfang dieser Studie nicht zu überschreiten, beim Ekzem leider nicht länger aufhalten.

Bevor ich nun zu dieser Erörterung übergehe, darf ich nicht vergessen anzuführen, wie geistvoll er sich die Detailbilder der Hautkrankheiten zugänglicher machte, indem er sein Diaskop erfunden und die Methode seiner Benutzung ausgearbeitet hat.

Auch wäre die Tätigkeit UNNAS als Kliniker nicht vollständig geschildert, wenn ich nicht erwähnen möchte, daß es vielleicht kaum eine Hautkrankheit gibt, an deren klinischem Bilde er, sei es makroskopisch, sei es histologisch, nicht mitgearbeitet hätte. Darum baten auch alle möglichen Handbücher und Enzyklopädien um seine Artikel.

Diese Vielseitigkeit des Klinikers UNNA drückte nachdrücklichst sein Schüler IWAN BLOCH aus, indem er seinem eigenen Lehrbuch der Hautkrankheiten den Beinamen „UNNAS Lehren" gab.

Das hier flüchtig aufgeworfene Bild UNNAS als Kliniker der klinisch-experimentellen Periode darf eines nicht entbehren: die Bewertung des Therapeuten UNNA. Als solcher steht UNNA in unserer Zeit unbestreitbar am höchsten. Man darf jedoch nicht behaupten, er hätte in therapeutischer Hinsicht nur eine glückliche Hand gehabt. UNNA folgte auf dem Wege nach Arzneimitteln seinem wissenschaftlichen Ziele. So wie EHRLICH seinem Salvarsan nachging. Das Mikroskop zeigte UNNA den richtigen Weg, und seine chemischen Kenntnisse führten ihm die Hand. Und deswegen haben seine therapeutischen Ratschläge eine feste Basis, und deshalb wirkt seine Behandlung so sicher.

Doch ist das weder alles noch das hauptsächlichste, was über UNNA als Therapeuten gesagt werden muß.

So wie das Mikroskop und die Bakteriologie, so diente UNNA auch die Therapie der Hautkrankheiten als ein neues Hilfsmittel, fähig, unsere klinischen Erkenntnisse über das Wesen einzelner und die Auffassung der Hautkrankheiten im allgemeinen zu erweitern. UNNA behandelte seine Patienten nicht nur um sie zu heilen, sondern auch um sein klinisches Bild der Dermatose sich selbst zu bestätigen und zu erweitern. Die Wirkung der Arznei war ihm in klinischen Streitfragen ein Beweis ex juvantibus. Namentlich war ihm aber seine Therapie, wie er sie auf Grund seiner histologischen Befunde und chemischen Kenntnisse ausgearbeitet hatte, eine mächtige Stütze für seine in der Arbeit „Die Diagnose und

Digitized by Google

Behandlung der Hautkrankheiten" aus dem Jahre 1901, ausgesprochene Auffassung.

„Die meisten chronischen Dermatosen des täglichen Lebens erscheinen als selbständige, durch äußere Ursachen bedingte und unterhaltene Organerkrankungen der Haut."

Die Periode der klinisch-experimentellen Dermatologie trägt als ihr Hauptmerkmal den Kampf gegen die Diathesenlehre, das ist gegen die Lehre, daß die Hautkrankheiten, wenigstens die gewöhnlichsten, ein Widerschein irgend eines krankhaften Zustandes des Gesamtorganismus sein könnten. Dieser Kampf ist nach dem Durchbruche der Ansichten der Humoralpathologie, welchen hauptsächlich die Dermatologie ermöglicht hat, sehr leicht begreiflich. Der Kampf gegen die Diathesen wurde vornehmlich von den deutschen dermatologischen Schulen geführt, und Unna war in den ersten Reihen der Kämpfer. Jede Weile finden wir eine solche Andeutung in vielen seiner Arbeiten, und er widmete auch eine besondere Publikation dieser Frage allein: „Die Dermatologie in ihrem Verhältnisse zur Gesamtmedizin" aus dem Jahre 1887.

Unna folgerte aus seinen eklatanten therapeutischen Erfolgen etwa folgendermaßen: wenn ich eine Hautkrankheit mit Sicherheit rein durch lokale Mittel heilen kann, wie kann ich dann voraussetzen, sie könnte durch eine allgemeine Diathese verursacht worden sein? Wäre sie durch eine Diathese bedingt, könnte es nicht gelingen, sie mit rein lokalen Mitteln radikal zu heilen.

In dieser Hinsicht, glaube ich, hat Unna sich selbst als Therapeuten etwas zu gering eingeschätzt. Meiner Meinung nach ist Unna auch dieses gelungen. Mit den Heilmitteln, welche er — auf welche Art er dies getan, erwähnten wir bereits —, wählte und sie mit einer solchen Feinheit und Gewandtheit applizierte, wie nur er es kann und niemand nach ihm, gelang es ihm, die Wirkung der Diathese in der Haut vollkommen zu durchkreuzen. Es gelang ihm, alles vollkommen zu beseitigen, was infolge der Diathese Krankhaftes in der Haut entstanden war.

Unna ist in meinen Augen ein unerreichbarer symptomatischer Therapeut. Für jedes Krankheitssymptom fand er ein passendes Heilmittel und seine passende Anwendung. Bei diesen seinen ungewöhnlichen Fähigkeiten hätte er gar nicht notwendig gehabt, sich um die Diathese zu kümmern. Diese hat er in der Haut durch seine eigenen lokalen Mittel stillgelegt.

Die alte Humoralpathologie war besiegt. Ein großes Verdienst dafür gebührt der Dermatologie. Ihre Reste behaupteten sich jedoch unter dem Namen der Diathesen durch die ganze Zeit der klinisch-experimentellen Epoche, Diathesen, gegen welche Unna sein ganzes Leben lang einen leidenschaftlichen Kampf geführt hat. Er besiegte viele von ihnen, doch scheint es nicht alle. Das Wort Diathese ist ein zu weiter Begriff und wird, wie es nun scheint, dem neuesten — besser passenden — „Vitalität der Gewebe" weichen müssen. Es kommt mir vor, als ob wir heute an der Schwelle einer neuen Epoche der Dermatologie stünden. Einer Epoche, die sich viel mit diesem neuen Begriff Vitalität der Haut und ihrer einzelnen Bestandteile beschäftigen wird. Die Jagd nach den Bakterien hat anscheinend bereits ihren Höhepunkt erreicht, und die Rich-

Digitized by Google

tung der Forschung wendet sich heute ganz bestimmt dem zweiten am Krankheitsprozeß beteiligten Faktor zu: seiner Vitalität. Wir beginnen eifrig danach zu suchen, was die Vitalität der Haut, was ihre einzelnen Bestandteile herabsetzen kann — und wir versuchen uns nun in dieser Richtung hin zu orientieren.

Wie werden UNNAS klinische Arbeiten und klinisch-experimentelle Erkenntnisse in diese neue Periode übergehen?

So wie UNNA, als er an ihnen arbeitete, vielleicht selbst gar nicht ahnte.

UNNA, der klinische Experimentator, bereitete dieser Periode eine so feste Basis vor, wie dies kein anderer es getroffen hätte. Ohne UNNAS Arbeiten wäre diese Richtung in der Dermatologie bis jetzt nicht gut möglich gewesen. Ihm gelang es festzulegen und abzubilden, wie es in der Haut, wenn sie sich im Zustande der verminderten oder erhöhten Vitalität befindet, objektiv aussieht.

Von den vielen Belegen, welche ich für diese meine Behauptung aus UNNAS Arbeiten anführen könnte, erinnere ich nur an seine Schilderung der Parakeratose. Eines Zustandes, welchen wir als Disfunktion, als eine verminderte Vitalität der Hornzellen bezeichnen können. Oder wenn er sagt, daß wir bei der Dermatitis exfoliativa in der Haut eine Vasoplegie finden, was ist dies anderes, als ein Beweis für die Disfunktion der Hautgefäße in diesem krankhaften Zustande. Oder seine Erklärung der Rosacea: „Der störende Faktor, mit welchem das Wachstum des Rhinophyms beginnt, ist nur zunächst ein einseitiges Wachstum der Oberhaut mit ihren Anhängen — den Haarbälgen." Hier verkündet er also wieder eine erhöhte Vitalität bestimmter Hautbestandteile.

Wieso kam es hier zu einer erhöhten, dort zu einer verminderten Vitalität? Diese Frage wird die neue Periode unserer Fachwissenschaft zu lösen haben.

Und so könnte ich noch lange, lange fortfahren mit Beweisen, daß jede Seite in UNNAS Arbeiten einen neuen Ausgangspunkt für die Arbeiten vitalistischer Richtung werden wird.

Kurz — wenn UNNA ein erstklassiger Stern der Periode der klinisch-experimentellen Dermatologie war, so ist er heute schon — er möge mir meine kühne Aussage verzeihen —, der Begründer einer neuen Ära dermatologischer Forschung, der Ära der vitalistischen Ansichten über die Entstehung vieler und gerade der häufigsten Hautkrankheiten.

Die Dermatologen-Vitalisten werden alle ihre Arbeiten mit UNNA beginnen müssen.

Die Zeit UNNAS größten Ruhmes beginnt erst.

Digitized by Google

Therapie.

Von

PAUL UNNA jr., Hamburg.

Bereits zweimal wurde der Versuch gemacht, P. G. UNNAS therapeutisches Lebenswerk zusammenhängend darzustellen. Zuerst von L. LEISTIKOW in seinem Lehrbuch der Therapie, dann 1908 von IWAN BLOCH in seiner Praxis der Hautkrankheiten. Es würde daher den Rahmen dieses Aufsatzes weit überschreiten, wollte ich den Versuch machen, eine wenn auch nur abgekürzte Schilderung davon zu geben, was P. G. UNNA durch seine therapeutischen Arbeiten für die medizinische Wissenschaft und insbesondere die Dermatologie geleistet hat. Überblickt man die Fortschritte der Dermatologie in den vier Jahrzehnten seit F. HEBRA, so wird man auf Schritt und Tritt P. G. UNNAS Namen begegnen, sei es auf dem Gebiet der Anatomie und Physiologie oder auf dem der Pathologie und Klinik. Wohl am meisten ist dies aber der Fall auf dem Gebiet der Therapie. UNNA ist der eigentliche Vater der modernen Hauttherapie. Man kann wohl ohne Übertreibung sagen, daß er die Hauttherapie aus einer Zusammenstellung von empirischen Tatsachen erst zu einem wissenschaftlichen Fache gemacht hat. Wissenschaftlich in mehrfacher Beziehung: Nicht nur lehrt er in seiner Allgemeinen Therapie die Hautkrankheiten und die Indikationsstellung für eine zweckmäßige Hauttherapie erkennen, sondern er gab auch in derselben Arbeit ebenso wie in vielen einzelnen Monographien eine genaue Zergliederung der Symptome der Hautveränderungen, deren erfolgreiche Behandlung er lehrt. Wie IWAN BLOCH in der Vorrede zu seinem Buche sich so treffend ausdrückt, lehrte er nicht nur die „Heilkunst", deren unübertroffener Meister er ist, sondern er machte den bedeutsamen ersten Versuch einer „wissenschaftlichen Heilkunde", worunter verstanden wird „die innige Verschmelzung von Physiologie, Pathologie und klinischer Beobachtung mit der Therapie zu einer wissenschaftlichen Einheit". Typisch für seine Lehre ist die Heranziehung aller Hilfsmittel der Medizin zur Diagnose und Prognose des Krankheitsbildes. In dieser Beziehung sind es besonders die Mikroskopie der lebenden und toten Zelle, die Bakteriologie und vor allem die Methoden der Makro- und Mikrochemie, welche er in verstärktem Maße heranzog. Ebenso wie UNNA ein ungewöhnlich sicheres Gefühl für körperliches Sehen besitzt, wie er aus einem mikroskopischen Schnitt wichtigere und sicherere Schlüsse zu ziehen versteht als viele andere aus einem Plattenmodellverfahren (vgl. Nävuszellen), ebenso beruht sein Gefühl für therapeutisches Handeln auf einem ungewöhnlich feinen Instinkt für chemisches Geschehen. Gerade die Ideen über Chemie des Körpers und seiner Bestandteile und Säfte befruchten aufs innigste sein ganzes therapeutisches Handeln. Er ruft seinen Schülern zu: Seht euch die Haut an, sie liegt offen vor euch, lernt ihre normalen Funktionen

Digitized by Google

kennen, prüft sie mit chemischen Reaktionen, untersucht sie lebend im Schnitt, färbt sie auch, um euch von den Krankheitsprozessen ein Bild zu machen, dann kommt ihr zu einem festen Eindruck von dem Krankheitsprozeß. Diesen bekämpft dann mit allen Mitteln der Medizin. Dann seht ihr wieder auf der Haut den Erfolg eures therapeutischen Handelns. Ihr treibt experimentelle Therapie im besten Sinne des Wortes. Dies Ziel einer wirklich wissenschaftlichen Therapie zu erreichen, ließ UNNA kein Mittel unversucht. Jahrelang beschäftigte er sich mit der Resorption der Medikamente durch die Haut, er studierte daher den Bau der Oberhaut zuerst grob anatomisch, später physiologisch chemisch und zuletzt mit seiner genialen chromolytischen Methode. Als eins der letzten Resultate wurde festgestellt, daß die Resorption unserer Medikamente gar nicht den unüberwindlichen Widerstand an dem zähen Hornpanzer der Oberhaut findet, welchen die Anatomen früher anzunehmen geneigt waren, sondern daß die Hornzellen nur eine relativ geringe Menge Keratinhülle besitzen, im Innern aber großenteils aus wasserlöslichen Albumosen bestehen, welche dem Eindringen der Medikamente nur geringen Widerstand bieten. In der Allgemeinen Therapie wird noch erklärt, daß nicht die normale, sondern nur die erkrankte Oberhaut die Resorptionsfunktion besitzt. In den letzten Jahren aber ist UNNA von diesem Dogma, welches durch die Resultate der Makrochemie des letzten Jahrhunderts begründet war, mehr und mehr zurückgekommen gerade infolge der mikrochemischen Untersuchungen der letzten Jahrzehnte. Insbesondere die chromolytischen Arbeiten haben gezeigt, daß ein starrer Chemismus nirgendwo besteht, daß im Protoplasma der lebenden Zelle vielmehr ein verwickelter chemischer Stoffwechsel dicht nebeneinander liegender Teilchen besteht, daß Sauerstofforte unmittelbar in der Nähe von Reduktionsorten, daß basische und saure Körper im engsten Raume hart nebeneinander existieren können. Dasselbe kann man von unseren Medikamenten sagen, deren verschiedene haptophore Gruppen ungestört ganz heterogene Wirkungen auslösen können. So können bei Höllensteinbehandlung der Haut zwei gänzlich verschiedene Wirkungen in Frage kommen, nämlich die des Salpetersäureradikals und die der eigentlichen Silberwirkung. UNNAS Hauptverdienst auf therapeutischem Gebiet ist es nun, die chemische Wirkung unserer Medikamente bis ins einzelne analysiert zu haben; er hat uns ihren Bau und ihre Funktion kennen gelehrt. Er hat aber auch den Bau und die Dysfunktion der Gewebe sowohl anatomisch wie chemisch bis ins einzelne analysiert. Die Art und Weise, wie er nun seine Therapie einwirken läßt, ist charakteristisch und lehrreich. Da es an sogenannten spezifischen Heilmitteln bei den meisten Krankheiten gebricht, da diese Spezifika selbst häufig ganz versagen (vgl. Quecksilber und Salvarsan bei Syphilis), sucht er sein Heil darin, eine gründliche symptomatische Therapie zu treiben. Ja, er ist schlechtweg der symptomatische Therapeut. Selbstverständlich verschmäht er es nicht, immer und immer wieder auf den Segen einer ätiologischen Therapie hinzuweisen, aber wo diese, wie so häufig, nicht vorhanden ist oder versagt, wirft er nicht die Flinte ins Korn und verhält sich expektativ, sondern er sucht dem Feinde mit allen Mitteln der ärztlichen Wissenschaft zu Leibe zu rücken. Hieraus folgt, daß UNNA selbst in den verzweifeltsten

Digitized by Google

Fällen von Hauterkrankungen, die überall als unheilbar verschrien sind, Erfolge erzielt hat. Unna ist derjenige, der lange vor der Strahlenära Lupusfälle geheilt hat — heute eine Selbstverständlichkeit, vor 20 Jahren aber noch etwas ganz Außerordentliches. Für die Heilbarkeit der Lepra hat er sein ganzes Leben lang gekämpft, sowohl gegen den Aberglauben des durch Volksmäre wie Bibellehre beeinflußten Publikums als auch gegen die Reaktion und Unwissenheit mancher Ärzte. Mit der ganzen Wucht seiner Persönlichkeit und seiner Erfahrung hat er immer wieder auf die Heilbarkeit des chronischen Ekzems und der Psoriasisfälle hingewiesen. Wenn auch heute noch so viele dieser Krankheiten dauernd ungeheilt bleiben, so liegt die Schuld an der ungenügenden oder ungeeigneten Behandlung. Richtig behandelte Fälle heilen in der Mehrzahl glatt, d. h. ohne Rezidive. Die sogenannte Konstitution bzw. Diathese läßt sich ebensogut bekämpfen wie das lokale Leiden.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, in diesem kurzen Referat auch nur eine einigermaßen erschöpfende Zusammenstellung dessen zu geben, was Unna für die allgemeine und spezielle Therapie getan hat. Darüber kann man in jedem Lehrbuch nachlesen. Hinweisen will ich nur auf einige der wichtigsten Kapitel der Hautbehandlung, welche dauernd mit Unnas Namen verknüpft sind.

In erster Linie gilt dies von den sogenannten reduzierenden und oxydierenden Heilmitteln. Einem so chemisch denkenden Forscher wie Unna mußte schon frühzeitig die große Übereinstimmung von Dermatoplasie, d. h. Granulationsbildung, und Sauerstoffwirkung einerseits, von Keratoplasie, d. h. Epithelisierung, und Reduktionswirkung andererseits auffallen. Alle unsere starken Hornschichtmittel sind mehr oder weniger starke Reduktionsmittel, insbesondere die Phenole. Ferner war es Unna schon in den siebziger Jahren bekannt, daß die saure Hornschicht stark reduziert, in dem alkalischen Gewebssafte mußte freier Sauerstoff vorhanden sein. Diese so einfache und daher vortreffliche Arbeitshypothese hat sich freilich nicht als die einzig ausschlaggebende herausgestellt, war aber für die Dermatotherapie außerordentlich fruchtbar. Eine direkte Frucht dieser Hypothese ist das oxydierte Pyrogallol, das Pyraloxin. Die Theorie der reduzierenden Heilmittel ist aber nicht nur ein geistreicher Gedanke, ein guter Leitstern für dermatologische Anfänger, sondern auch für den Praktiker ein zuverlässiger Führer in schwierigen Fällen.

Eine zweite wesentliche Verbesserung der Hautbehandlung entstand durch die Verfeinerungen der Anwendungsmethoden und Arzneivehikel, die wir Unna verdanken. Hierüber findet der Leser das Nähere in den Aufsätzen von Zernik und Runge in diesem Hefte.

Schon frühzeitig beschäftigte sich Unna mit der Behandlung der Geschlechtskrankheiten, als Assistenzarzt bei Engel-Reimers, welcher die einzige große Abteilung für Geschlechtskrankheiten sowie eine Puellenabteilung am allgemeinen Krankenhause St. Georg besaß. Für die Gonorrhoe, deren möglichst konservative Behandlung Unna bevorzugte, empfahl er die Salbensonden, ferner die bekannte Resorcin-Zincum sulfocarbolicum-Lösung, welche sich sehr eingebürgert hat. Für das Ulcus molle, dessen Erreger von Unna zuerst in den unterminierten Rändern im Schnitt entdeckt wurde, empfahl Unna Abtragung der Geschwüre

Digitized by Google

oder der infektiösen Ränder mit dem Rasiermesser und Desinfektion des Geschwürsgrundes mit Jodoform, welches in Form des Jodoformgittermulls die besten Resultate gibt. In der Behandlung der Syphilis tragen die vorzügliche, weil tief wirkende 33%ige Hg-Salbenseife, die sich mit etwas Wasser unmerkbar in die Haut verreiben läßt, ferner der noch weniger auffällige Quecksilbergleitpuder, der übrigens auch als Läusemittel Verwendung findet, die Jodkalisalbenseife gegen Bubonen und die berühmte Kali chloricum-Zahnpaste Pebeco gegen Stomatitis mercurialis UNNAS Namen. Für die Behandlung von Kindern und Rekonvaleszenten stammt die partielle Einpackung des Körpers mit Hg-Guttaplast von UNNA, welcher der mildern, aber dauernden Behandlung der Syphilis den Vorzug gibt vor der mit stark wirkenden Mitteln. Ferner wies UNNA seine Schüler immer wieder darauf hin, im gegebenen Falle eine geeignete antiparasitäre Lokalbehandlung nicht zu vergessen, ganz besonders aber bei Fällen, wo eine Kombination mit anderen Dermatosen (Psoriasis, Ekzem) vorzuliegen scheint.

Aber am intensivsten hat sich UNNA allezeit mit der Behandlung derjenigen Krankheiten beschäftigt, welche als unheilbar galten, insbesondere gilt das von der Lepra. Gerade das Wort „Unheilbar" reizte ihn immer wieder, im Gegensatze zu anderen Ärzten, welchen das non possumus sehr gelegen kommt, als eine bequeme Ausrede für ihre Ohnmacht, seine Kräfte im Kampfe mit der Krankheit zu erproben. Gegen die Lepra eröffnete er einen großen Feldzugsplan, den man in dem Referat auf dem Lissaboner Kongreß (im Jahre 1906) nachlesen kann. UNNAS Hauptmittel gegen Lepra sind das Chaulmoograöl, welches in jeder nur möglichen Form den Leprösen einverleibt wird, das Pyrogallol, die Karbolsäure, die chirurgische flache Abtragung der Knoten, UNNAS Plättmethode, die Kampferölinjektionen und der Kampfer-Chaulmoogra-Guttaplast. Mit Hilfe dieser und vieler anderen Mittel gelingt es nicht nur, eine Abheilung sämtlicher Hauterscheinungen, sowohl der Knoten als der Flecke, sondern auch, wenn die Verhältnisse günstig sind, eine Totalausheilung des ganzen Körpers herbeizuführen. Auch bei der Lepra nervorum kann es besonders durch eine zu der Gesamtkur hinzutretende elektrische, Massage-, Hitze- und Bäderbehandlung sowie Gabe von keratinierten Strychninpillen zu einem vollkommenen Rückgang der Anästhesien kommen. Kurz, die Heilungsaussichten der Lepra sind infolge UNNAS Forschungen keineswegs so trostlos, wie sie von der Mehrzahl der deutschen Dermatologen dargestellt werden. Ähnliches ließe sich von der Behandlung des Lupus sagen. UNNAS grüne Lupussalbe mit Liquor stibii chlorati hat sich einen dauernden Platz im dermatologischen Arzneischatz erworben. Die Lupussalbe ist das Prototyp der Chlormittel, unter denen der Sublimat und die rauchende Salzsäure sich besonders für die Lupusbehandlung eignen. Sowohl mit Liquor stibii wie rauchender Salzsäure wird die sogenannte Spickmethode UNNAS ausgeführt, d. h. mit diesen Flüssigkeiten imprägnierte Holzstacheln werden in die verkäsenden Lupuszentren eingebohrt und darin unter Hg-Karbolpflasterbedeckung 24 Stunden gelassen. Zur Reduktion des Lupusplasmoms empfahl UNNA das Alttuberkulin sowohl in Form von Injektionen als in Form der Tuberkulinseife. Außerdem hat sich nach UNNAS Vorschlag der Salizyl-

Digitized by Google

säure-Kreosot-Guttaplast in Stärken von $^{10}/_{20}$ bis $^{50}/_{50}$ g auf die Rolle bewährt. Schließlich sei noch erwähnt die Erfindung des Diaskops von Unna, mit dem die Lupuszentren erst sichtbar gemacht werden.

Ein ähnlich konsequentes Behandlungsschema wie für Lupus hat Unna für die Tuberkulide, insbesondere den Lupus erythematodes ausgearbeitet, für welchen er neuerdings Sagrotan in wässeriger und spirituöser Form empfohlen hat. —

Günstige Heilwirkungen erzielte Unna ferner bei der Behandlung der malignen Tumoren der Haut, wie Ulcus rodens, Karzinom, Sarkom, Mykosis fungoides, lange vor der Strahlenära, welche allerdings die Resultate der chemischen Methoden nun in den Schatten stellt. Falls eine Operation aussichtslos ist oder abgelehnt wird, treten die chemischen Methoden neben der Röntgenbehandlung in ihr Recht. Insbesondere der Arsenik-Salizyl-Guttaplast, der Arsenik-Quecksilber-Guttaplast und der 50%ige Resorcin-Guttaplast haben sich bewährt, ferner Arsenik innerlich in hohen Dosen.

Die Behandlung der chronischen Ekzeme und Psoriasis ist ferner ein Gebiet, auf dem Unna besonders viel geleistet hat. Es genügt hier, auf „die große Kur" Unnas hinzuweisen. Die ganze Reihe der reduzierenden Heilmittel in Form von Salben, Pasten, Schälkollodium, Firnissen, Guttaplasten und Salbenmullen muß zur Radikalheilung dieser gewöhnlichsten und hartnäckigsten Flechten herhalten. In den letzten Jahren trat an Stelle des Chrysarobins das Cignolin, ferner wurde das Ichthargan als glänzendes Ekzemmittel bei kallösen Ekzemen eingeführt. Als ein synthetisches Naphthalan hat sich Unnas Vaselinum adustum (Vadust) außerordentlich bewährt. In der Lichenbehandlung hat die Unnasche Karbol-Sublimat-Zinksalbe eine gewisse Berühmtheit erlangt.

Ganz besonders zahlreich sind die Arbeiten Unnas und seiner Schule auf dem Gebiete der kosmetischen Erkrankungen.

Für die Akne gab Unna an den Komedonenquetscher, seine Natronsuperoxydseife (Pernatrolseife), die überfetteten Schwefelseifen, Ichthyolseifen, eine Reihe von Guttaplasten. Bei der Rosacea empfiehlt Unna seine Resorcinschälkur, ferner das Ichthyol und Ichthyolsulfon, den Gelanthcreme, den Gebrauch des Puders, das Wasserverbot, die verschiedenen Kühlsalben und Kühlpasten, den Eucerincoldcream und die Benutzung des Mikrobrenners (Unna). Bei Rhinophym führte Unna nach dem Vorgange von Hans Hebra die Methode der Dekortikation in die Chirurgie ein, unter dermatologischer Nachbehandlung mit Resorcin, und Salizylschälkuren. Bei der Hypertrichosis barbae erfand Unna eine ganze Reihe von Enthaarungsmitteln, sowohl die Baryum- und Strontium-Depilatorien wie zusammen mit Frau Dr. Trachsler die Poliermethode. Ferner gab er zur Enthaarung bei Trichophytie die Harzstängelchen (Stili resinosi) an. Bei der Alopecia areata führte Unna die Salbenstifte mit Pyrogallol, Chrysarobin, Kantharidinöl und Cignolin ein, bei der seborrhoischen Alopecie eine Reihe von Pomadengrundlagen, Ung. pomadinum sulfuratum, Ung. pomadinum plumbi, seinen Resorcin-Haarspiritus (Spiritus capillaris), für den er einen besonderen Zerstäuber erfand, sowie neuerdings das Ammonium-salicylicum-Harwasser „Amsali" ein.

Eine der wertvollsten Erfindungen Unnas ist ferner der Zink-

Digitized by Google

leimverband, welcher bei Behandlung der chronischen Unterschenkelgeschwüre in den meisten Fällen selbst da Heilung bringt, wo früher aus Verzweiflung die Amputation vorgeschlagen wurde. Auch sonst hat sich der Zinkleim, besser 1%iger Zinkichthyolleim, einen dauernden Platz in der Dermatotherapie erobert.

Ein besonders gut durchgearbeiteter Teil von UNNAS Behandlungskunst ist das Kapitel der Narbenbeseitigung. Nachdem lange Zeit das Thiosinamin das Hauptmittel zur Narbenerweichung gewesen war; nachdem die Poliermethode UNNAS bei Aknenarben und Variolanarben Triumphe gefeiert hatte, ist neuerdings durch die neue Verdauungstherapie mit Pepsin, Pancreatin u. a. UNNAS dem Thiosinamin ein überlegener Konkurrent entstanden. Die Verdauungsbehandlung muß nach UNNAS Ansicht derartig verallgemeinert werden, daß die Tiefenwirkung der Medikamente bedeutend verstärkt wird.

Auf dem Gebiete der Pyodermien emanzipierte er die Dermatologie von dem Messer der Chirurgen und ihrem Kreuzschnitt durch Erfindung des Mikrobrenners. Durch Einführung des Ichthyols in die Medizin schenkte er den Dermatologen eines der besten Hautdesinfektionsmittel, welches bei Staphylokokken- und Streptokokkeninfektion gleich gute Wirkungen auslöst, z. B. bei Erysipel beinahe unentbehrlich ist. In dem Hg-Karbol-Guttaplast verdrängte er die alten Zugpflaster der Kurpfuscher durch ein ausgezeichnetes modernes Heilmittel. Während des Weltkrieges gab er, da es an Pflastern mangelte, eine neue Komposition, das Emplastrum hydrargyri molle an, welches unter Bedeckung von wasserdichtem Stoff oder Ichthyolguttaplast das kräftigste Zugpflaster für Furunkel ist. Eine weitere bewährte Komposition bei multiplen Pyodermien und Abszessen ist die Kaolin-Glyzerin-Paste mit Ichthyol (Pasta resorbens), besonders indiziert bei Schweißdrüsenabszessen der Achselhöhle und tiefen Abszessen und Phlegmonen.

Gegen die verschiedenen Pigmentanomalien gab UNNA eine ausgezeichnete Pigmentsalbe aus verschiedenen Bleichmitteln, Sublimat, Perhydrol und dem in Deutschland so gut wie unbekannten Wismutoxychlorat an. Die verschiedenen Formen der Lichtdermatosen lehrte er als solche erkennen und wirksam bekämpfen, UNNA gab eine große Reihe wirksamer Lichtschutzmittel an, wie Ultrazeozon, Gletschermattan und Ichthyolgelanth. Bei der Strahlendermatose, dem Xeroderma pigmentosum, deren Ätiologie UNNA zuerst aufklärte, empfahl er die Rotzimmer-Behandlung.

Im Bisherigen war stets von UNNAS eigenen Erfindungen und Entdeckungen die Rede. Es erübrigt sich wohl zu sagen, daß UNNA jede wirklich wesentliche Neuerung, wie z. B. die CO_2-Schnee-Methode von PUSEY, die Röntgen- und Strahlenbehandlung verständnisvoll in seinen Arzneischatz aufgenommen hat. Auch an der modernen Serologie ist er keineswegs vorübergegangen. Ganz besonderes Interesse beansprucht es aber für seine Schüler, daß der energische Bekämpfer der Krasen- und Diathesenlehren auch die neueren revolutionierenden Lehren der inneren Sekretion und Hormone nicht verständnislos abgelehnt hat, sondern als wesentliche Neuerungen dankbar aufnahm, wie seine Suprareninbehandlung überzeugend beweist, allerdings nicht in dem alten Sinne des BAZINschen

Digitized by Google

Arthritisme oder der exsudativen Diathese Czernys, sondern als eine Bereicherung unseres Erfahrungsschatzes von den Beeinflussungen der Haut durch innere Sekretion, deren nähere Bedingungen erst in jedem einzelnen Falle genau geprüft werden müssen. Eigentlich ist Unna stets auf diesem Standpunkte gestanden, hat er doch zahlreiche interne Mittel zur Unterstützung seiner lokalen Behandlung herangezogen, ich erinnere nur an die Ammoniakbehandlung, die innerliche Ichthyoldarreichung, die Schwefelkalziumpillen, die Arnikatherapie, die Kieselsäuretherapie bei Pemphigus, wozu neuerdings die Suprareninbehandlung durch die Mixtura suprarenini saccharata kommt. Immer und immer wieder aber suchte er bei Anwendung von derartigen Mitteln Anschluß zu gewinnen an den festen Untergrund der wissenschaftlich erwiesenen Tatsachen. Die Verwendung von Geheimmitteln ist ihm im höchsten Grade zuwider. Jeden Forschritt auf dem Gebiete der Histologie und der anderen Vorwissenschaften sucht er dazu zu benutzen, eine Verbesserung der Behandlungsmethoden herbeizuführen. So wie zum Beispiel die Entdeckung von Kieselsäure im Faserapparat des Stratum spinosum der Epidermis der Anlaß zur Aufstellung der Kieselsäurebehandlung des Pemphigus wurde. In dieser Weise weiter zu forschen, bleibt ihm ein Lebensbedürfnis, und so steht es zu erwarten, daß auch die moderne Verdauungsbehandlung P. G. Unnas nicht der Abschluß seiner therapeutischen Tätigkeit sein wird, sondern durch neuere wissenschaftliche Behandlungsmethoden abgelöst wird.

Unna und die Materia medica.

Von

Dr. Franz Zernik, Berlin.

Unter den jetzt lebenden Ärzten gibt es wohl nur wenige, unter den Dermatologen jedenfalls keinen einzigen, der die Materia medica in gleich souveräner Weise beherrscht, und keinen einzigen, der in so umfassendem Maße befruchtend auf sie gewirkt und sie bereichert hat, wie P. G. Unna. Was er in nahezu 150 Veröffentlichungen während rund 40 Jahren darüber in der Fachpresse niedergelegt hat, sei im nachstehenden in Kürze wiedergegeben.

Vor allem hat Unna bahnbrechend auf dem Gebiete der Pflastermedikation gewirkt. Hier verdanken wir ihm vor allem die **Salben- und die Pflastermulle.**

Salbenmulle, über die Unna 1880 erstmalig veröffentlichte, sind auf Mull gestrichene Salben, als deren Grundlage meist Sebum benzoatum mit Wachs, später auch Wollfett und Wachs gewählt wurde. Der den Salbenmullen zugrunde liegende Gedanke war, einen dermatologischen Okklusivverband zu schaffen, der absolute Ruhe der damit bedeckten Haut und völligen Abschluß der äußeren Luft gewährleistet. Bei der Schaf-

Digitized by Google

fung der Salbenmulle wurde UNNA zuerst von dem Hamburger Apotheker BOMBELON, später von dem Apotheker BEIERSDORF, dem Begründer der späteren Firma P. Beiersdorf & Co., unterstützt (Ther. 1, 2, 3, 12).

Mit BEIERSDORF zusammen brachte UNNA dann seine früher schon begonnenen Arbeiten über Pflastermulle zum Abschluß. Das Ergebnis dieser Arbeiten hat in Gestalt der Guttaperchapflastermulle, jetzt Guttaplaste genannt, Weltruf erlangt. Die Zusammensetzung der Guttaplaste — auf eine durch Zusammenwalzen von Guttapercha und Mull hergestellte Unterlage ist eine kautschukhaltige Pflastermasse aufgetragen — ist allbekannt, und ebenso sind es ihre Vorzüge: große Schmiegsamkeit und Elastizität, Minimalvolumen und Reizlosigkeit der verwendeten Pflastermasse neben guter Klebkraft, und, durch die undurchlässige Guttaperchamembran bedingte, starke Tiefenwirkung (Ther. 2, 4, 9, 12).

Ein Nachteil der Guttaplaste in kosmetischer Hinsicht, daß sie nämlich in ihrer Farbe der Haut nicht ähnlich genug gemacht werden konnten, wird 1896 in den **Paraplasten nach UNNA** abgestellt. Hier ist die Pflastermasse auf mit Kautschuk einseitig bestrichenen und nachher vulkanisierten Baumwollstoff aufgetragen; die hautähnliche Färbung macht die Anwendung auch an unbedeckten Körperteilen nicht lästig. Sie sind mechanisch widerstandsfähiger als die Guttaplaste, doch kommen sie diesen an Tiefenwirkung der einverleibten Arzneistoffe nicht gleich (Pharm. 15, 16).

Aus dem Zinkoxydparaplast und dem Zinkoxydguttaplast bildet sich dann das 1898 in den Handel gebrachte weiße **Kautschukheftpflaster Leukoplast** der Firma Beiersdorf & Co. heraus. Dessen Vorzüge — größte Klebkraft bei größter Reizlosigkeit auf kranker wie gesunder Haut — hat UNNA alsbald erkannt. Die Erfolge des Leukoplasts haben bewiesen, wie recht er damit hatte, als er das Präparat bereits 1899 als „Ideal eines Heftpflasters und sicher wohl auch das Heftpflaster der Zukunft" bezeichnete (Ther. 90).

Das zweite große Gebiet der Materia medica, dem UNNA seine Aufmerksamkeit zuwandte und auf dem er sich schöpferisch betätigte, ist das der **Salbentherapie.**

In einem 1884 erschienenen Aufsatz teilt er die Salben ein in Fettsalben und in Kühlsalben. Letztere werden nach seiner Definition durch Eintragen von Wasser in Fett hergestellt; der Wassergehalt ist also der für die Kühlung wesentliche Faktor (Ther. 20).

Eine große Anzahl von Salbenvorschriften verdankt UNNA ihre Entstehung. Soweit es sich um stereotype Formeln handelt, sind sie in den von der Schwanapotheke in Hamburg zusammengestellten Magistralformeln nach Prof. Dr. P. G. UNNA festgelegt.

1890 hatte UNNA das hervorragende Aufnahmevermögen des Lanolins für wässerige Flüssigkeiten und seine Brauchbarkeit für die Herstellung von Pflastermull hervorgehoben, seine angeblich hohe Resorptionsfähigkeit aber abgelehnt (Ther. 68). Im Anschluß daran berichtet er 1895 über die Verwendbarkeit des inzwischen neu aufgetauchten Adeps lanae in der Praxis: danach ist Adeps lanae dem Lanolin in allen Fällen gleichwertig, für die Pflasterfabrikation ihm sogar überlegen (Ther. 74). Mehr

Digitized by Google

als 10 Jahre später findet Lifschütz, daß der Träger der hydrophilen Kraft des Wollfetts nicht, wie Liebreich angenommen hatte, ein Cholesterinester ist, sondern Alkoholcharakter hat. Schon ein Zusatz von 2% dieses Alkohols zu Paraffinsalbe verleiht dieser Mischung eine bisher unerhörte Fähigkeit zur Wasseraufnahme. Eine solche Mischung wird als Eucerinum anhydricum in den Handel gebracht, mit der gleichen Menge Wasser vermengt als Eucerinum c. aqua. Unna erkennt 1907 sofort die hohe Bedeutung des Eucerins für die Dermatologie und kennzeichnet es als die beste aller bisherigen Kühlsalben und überhaupt als vorzügliche Salbengrundlage (Pharm. 29, 30). Er hat dem Eucerin sein Interesse bis zum heutigen Tage bewahrt; eine ganze Reihe Eucerin betreffender Veröffentlichungen sind seither seiner Feder entflossen (Ther. 110, 111, 112). Eucerin spielt auch eine Rolle in einer eingehenden kritischen Studie über Unguentum Glycerini. Unna hält dieses Präparat für nicht mehr existenzberechtigt. Wo lediglich eine Deckenbildung erwünscht ist, kann es durch geeignete Pasten aus Kleister und Bolus oder dgl. ersetzt werden; will man aber ein solidifiziertes Glyzerin haben, so ist dem offizinellen Unguentum Glycerini eine Mischung von Glyzerin mit 20% Eucerin vorzuziehen: eine solche hat verstärkte hydrophile Wirkung, ist auch auf behaarter Haut anwendbar, sparsam, nicht schlüpfrig und dabei geschmeidig, so daß sie sich insbesondere auch zur Einfettung der Hände nach Seifenwaschungen eignet (Pharm. 31).

Bahnbrechend hat Unna auch bei der heute allgemein gebräuchlichen Arzneiform der **Pasten** gewirkt. 1884 veröffentlichte er eine eingehende Studie über die Pastenbehandlung der entzündlichen Hautkrankheiten, insbesondere des Ekzems (Ther. 19). Gleichzeitig hatte Lassar über seine inzwischen allbekannt gewordene Zink-Stärke-Pasta geschrieben. Unna zieht seinerseits eine bereits seit 1882 von ihm angewendete Paste aus Bolus und Glyzerin bzw. Öl vor, später entscheidet er sich für eine solche aus Kieselgur, Zinkoxyd und Fett (siehe Pasta Zinci Unna der Magistralformeln, vgl. Pharm. 6). Im allgemeinen fordert er von einer guten Paste, daß sie auf der Haut sich rasch und leicht ausbreiten und auf ihr möglichst rasch einen trockenen, festhaftenden Überzug bilden soll.

Wo gleichzeitig gekühlt und getrocknet werden soll, sind die Indikationen für die Anwendung von Kühlpasten gegeben. Unna definiert diese als puderhaltige Mischungen von Wasser mit Fetten. Eine solche Kühlpaste ist z. B. die Pasta Zinci mollis aus Kreide, Zinkoxyd, Fett und Kalkwasser, der das bekannte Kalkliniment zugrunde liegt (Pharm. 27).

Die oben erwähnte alte Boluspaste von 1882 findet 1913 erneute Empfehlung in der etwas veränderten Form der Kaolin-Glyzerin-Pasta (Kaolin und Glyzerin āā), weniger, weil sie aufsaugend und austrocknend, als vielmehr weil sie erweichend auf die Haut wirkt (Ther. 132).

1893 läßt Unna das von ihm bisher unvermischt als Zahnpulver angewendete chlorsaure Kalium durch die Firma Beiersdorf & Co. in Form einer Zahnpasta bringen, und zwar enthält diese Zahnpasta nicht weniger als 50% Kaliumchlorat. Dieses wirkt nämlich nach Unna auf die Mikroben

Digitized by Google

der Mundhöhle nur in hohen Konzentrationen antiseptisch, daneben auch tonisierend und sekretionsbefördend. Diese Kalichloricum-Zahnpasta, die seit 1902 den Namen Pebeco führt, hat bekanntlich Weltruf erlangt (Ther. 73).

Ein Zufallsbefund von P. Unna jr., wonach Pebeco juckstillende Eigenschaften besitzt, führt Unna sen. 1914 zur Empfehlung von Kreidepasten als Typ der Deckpasten; nur leicht über die Haut gestrichen, nicht eingerieben, bewirken sie rasches Eintrocknen feuchter Flächen, auch zum Trockenlegen von Fettsalben lassen sie sich verwenden. Sie treten damit an die Seite des Zinkleims, sind aber billiger als dieser. Als besonders zweckmäßig nennt Unna die Formel: Kreide 40 T., Zinkoxyd 20 T., Gelanth 40 T., mit Ichthyol hautfarben gemacht (Ther. 115).

1886 veröffentlichte Unna einen Aufsatz über **Salben- und Pastenstifte.** Die Arzneiform war an sich grundsätzlich nicht neu, weder nach Form noch nach Anwendung, Unna aber gebührt das Verdienst, auch dieses Gebiet der Materia medica systematisch durchgearbeitet und damit erschlossen zu haben. Typ der fettabgebenden Salbenstifte ist die allbekannte Lippenpomade, Typ der wasserlöslichen Pastenstifte der Höllensteinstift. Salbenstifte sind bei umschriebenen trockenen Dermatitiden als bequeme Anwendungsform angezeigt; sie haben als Grundlage neuerdings meist Wachs und Wollfett. Die seltener gebrauchten Pastenstifte werden aus den betreffenden Medikamenten unter Zugabe eines geeigneten Bindemittels gepreßt; vor dem Gebrauch sind sie nötigenfalls anzufeuchten. Sie sind indiziert bei verletzter oder dünner Hornschicht (Ther. 34, 58).

Den Salbenstiften schließen sich in technischer Hinsicht die Harzstifte aus Kolophonium mit 10% Wachs an, die Unna 1898 zum raschen und bequemen Enthaaren umschriebener Hautbezirke empfiehlt. Sie werden zu diesem Behufe wie Siegellack über der Flamme erwärmt und im Augenblick des Schmelzens leicht auf die Haut gesetzt. Nach dem raschen Erkalten wird der Stift in der Haarrichtung abgezogen, und sämtliche Haarwurzeln bleiben pinselartig an seinem Ende kleben. Diese Harzstifte sind inzwischen Allgemeingut der Kosmetik geworden (Ther. 77).

Im Jahre 1883 erscheint Unnas erste Veröffentlichung über **medikamentöse Leime.** Von Pick in Prag war zur gleichen Zeit die Verwendung von Leimgallerten in der Dermatologie in Anregung gebracht worden; Unna und Beiersdorf hatten diese Idee selbständig weiter entwickelt und ausgebaut (Ther. 14, 36). Im Gegensatz zu Pick, der Glyzerin nachträglich auf den medikamentösen Leim aufzustreichen empfahl, fügen sie das Glyzerin dem Leimgemisch gleich anfangs zu. Dieses Gemisch aus Gelatine, Glyzerin und Wasser, dem zu konservierenden Zwecken Zinkoxyd beigefügt ist, hat als Glyzerin-Zinkleim oder Zinkleim schlechthin weitestgehende Anwendung gefunden. Die Wirkung des Zinkleims ist im wesentlichen eine eintrocknende, oberflächliche; durch Vermehrung der Wasserverdunstung wirkt er kühlend und durch den gelinden gleichmäßigen Druck, den er ausübt, vermindert er Spannung und Jucken.

Digitized by Google

Die medikamentösen Leime bilden bereits einen Übergang zu den **Hautfirnissen**. Unter diesem von ihm eingeführten Namen versteht Unna für Medikamente mehr oder weniger durchlässige, häutchenbildende Decken. Er unterscheidet nach dieser Richtung anfänglich (1887) folgende Gruppen:

1. Lösungen von Kautschuk, Guttapercha, Zelluloseestern in Äther, Benzol o. dgl.
2. Spirituöse Lösungen von Harzen, Wachs, Fetten, Oleaten und Seifen.
3. Wässerige Emulsionen dieser 2. Gruppe.
4. Wässerige Lösungen von Gummi, Eiweiß, Leim, Wasserglas (Pharm. 9, 10).

Zur 1. Gruppe gehört z. B. das Kollodium. Es eignet sich namentlich zur transpellikulären Behandlung (Ther. 98). Darunter ist zu verstehen die äußere Behandlung mit geeigneten Medikamenten durch poröse Firnisse hindurch, die ihrerseits gleichzeitig einen Schutz und auch einen gewissen Druck auf die betreffenden Hautstellen ausüben („Druckkollodium") oder aber schälende Wirkungen auf sie besitzen („Schälkollodium", vgl. Collodium lepismaticum der Magistralformeln). Nebenbei erwähnt sei, daß Unna die Bezeichnung Collodium elasticum verwirft, da das mit Rizinusöl oder Terpentin versetzte Kollodium keineswegs elastisch sei; er schlägt dafür Collodium ricinatum oder terebinthinatum vor. In die gleiche Gruppe gehört auch Filmogen, ein Azetonkollodium, das im Gegensatz zum gewöhnlichen Kollodium auch auf feuchten Hautstellen haftet. Unna empfiehlt es demgemäß 1897 zur Behandlung feuchter, umschriebener Hautaffektionen in Mischung mit geeigneten Medikamenten (Ther. 76).

Bei diesen der 1. Gruppe angehörenden Firnissen tritt die Druckwirkung gegenüber der Deckwirkung in den Vordergrund. Die Präparate aus der 2. und 3. Gruppe haben sich als Firnisse praktisch nicht bewährt, von den der 4. Gruppe angehörigen wasserlöslichen Firnissen im wesentlichen nur die Bassorin- und die Kaseinfirnisse. Ein solcher von Unna eingeführter und viel angewendeter Bassorinfirnis ist der Gelanth — eine mit etwas Thymol konservierte kolloidale Lösung von je $2^1/_2$ % Traganth und Gelatine, welch letztere durch Überhitzen unter Druck eines Teils ihrer Gerinnungsfähigkeit beraubt wurde. Beigefügte unlösliche Medikamente bleiben im Gelanth dauernd suspendiert (Ther. 14). Als Traganth im Kriege knapp wurde, empfiehlt Unna als Ersatz für Gelanth einen anderen Bassorinfirnis, Cremor Salep (2%ig, mit 5% Vaselin und 10% Zinkoxyd versetzt). Die Indikationen der Bassorinfirnisse sind leichte oberflächliche Ekzeme oder die Fälle, bei denen die Patienten eine Fettsalbenbehandlung ablehnen oder nicht vertragen (Ther. 33).

Einen Übergang zwischen Fettsalben, Leimen und Firnissen bilden **Unguentum domesticum** und **Unguentum Caseini.**

Das 1899 empfohlene Unguentum domesticum Unna ist ein Gemisch von 20 T. Eigelb mit 30 T. Arachisöl. Es hinterläßt beim Eintrocknen auf der Haut eine glatte geschmeidige Decke und ist mit Me-

Digitized by Google

dikamenten aller Art mischbar. In entsprechender Verdünnung mit Wasser liefert es ein gutes Wischwasser, wie überhaupt Emulsionen von Eigelb, auch ohne weiteren Ölzusatz, für derartige Zwecke recht geeignet sind (Pharm. 25, 26).

Unguentum Caseini ist eine mit etwas Phenol und Zinkoxyd konservierte salbenartige Emulsion von Vaselin mit einer Lösung von Alkalikaseinat in Wasser und Glyzerin. Das von UNNA gemeinsam mit der Firma Beiersdorf & Co. 1895 ausgearbeitete Präparat trocknet auf der Haut sofort zu einer nicht fettenden, elastischen Schicht ein, gestattet dabei gleichzeitig auch eine gewisse Tiefenwirkung der ihm beigemengten Medikamente. Vorteilhaft ist seine Anwendung namentlich in Verbindung mit Teerpräparaten u. dgl., da die Wäsche dabei nicht wesentlich beschmutzt wird (vgl. Magistralformeln) (Ther. 75, Pharm. 14).

Bleibendes Verdienst hat sich UNNA auch um die Herstellung **medizinischer Seifen** erworben. Seit 1878 ist er bemüht, die damals im Handel befindlichen, von Laien ersonnenen und „vollständig unter die Geheimmittel fallenden" sog. medizinischen Seifen durch etwas nach wissenschaftlichen Grundsätzen Hergestelltes zu ersetzen. Das gelingt ihm mit Hilfe des Hamburger Seifenfabrikanten TH. DOUGLAS und der Apotheker BEIERSDORF und MIELCK.

Die hohe Bedeutung der Seife für die Dermatologie besteht nach UNNA in folgendem: die Hornschicht der Haut besitzt eine starke Durchlässigkeit für Seife; diese letztere ist somit ein ausgezeichneter Träger für Arzneimittel. Gleichzeitig wirkt Seife reinigend, entzündungswidrig und zerteilend bzw. erweichend. Anderseits ist darauf zu achten, daß bei andauerndem Gebrauch der medizinischen Seifen die Haut nicht zu sehr entfettet wird. Das erzielt UNNA durch Schaffung von überfetteten Seifen. Diese Überfettung gewährleistet gleichzeitig eine größere Haltbarkeit mancher der Seife beigefügten Medikamente. Bei der Anwendung medizinischer Seifen unterscheidet UNNA drei ihrer Wirkung nach verschiedene Formen: 1. Die gewöhnliche Waschmanier: man bearbeitet die Haut mit dem Seifenschaum und spült diesen wieder ab. 2. Der Schaum wird sofort oder nach einigen Minuten mit einem trockenen Tuche abgerieben, dabei wird er z. T. der Hornschicht „eingerieben" und somit eine stärkere Wirkung erzielt. Die stärkste Wirkung endlich wird drittens erreicht, wenn man den dick aufgetragenen Schaum auf der Haut eintrocknen läßt (Ther. 32).

Alle nach UNNAS Angaben hergestellten medizinischen Seifen haben eine gemeinsame Grundlage. Diese überfettete Grundseife (Basisseife, Kinderseife) wurde ursprünglich bereitet aus 16 T. Rindstalg, 2 T. Olivenöl, 6 T. Natronlauge und 3 T. Kalilauge von je 38% und enthielt 4% unverseiftes Fett. Später ist das Öl, das zum Ranzigwerden neigte, durch Wachs ersetzt worden. Eine solche Seife gelangt heute als Nivea-Seife durch Beiersdorf & Co. in den Handel.

Von dieser Grundseife leiten sich eine große Zahl medizinischer Seifen ab. Zu den bereits 1885 von UNNA angegebenen Seifen mit Ichthyol, Salizylsäure, Schwefel, Teer, Sublimat, Karbolsäure, Naphthol, die

Digitized by Google

sich bis zum heutigen Tage bewährt haben, sind noch zahlreiche andere hinzugekommen, wie Seifen mit Borax, Menthol, Resorzin u. a. Besondere Erwähnung verdient die überfettete Marmorseife, die durch ihren Gehalt an 20% Marmorpulver mechanisch wirken soll.

Den überfetteten Natron-Stückseifen entsprechen die überfetteten Kaliseifen, von UNNA als Salbenseifen — Sapones unguinosi — bezeichnet. Ursprünglich wurden sie aus Adeps benzoatus, dann aus einem Gemisch von Schweinefett und Rindstalg hergestellt mit einem Gehalt von 5% unverseiftem Fett. Sie werden je nach der gewünschten Intensität der Wirkung mittels Watte oder mit einem steifen Pinsel aufgetragen oder auch in die Haut eingerieben. Ihre Vorzüge gegenüber den Salben liegen in der Sauberkeit ihrer Anwendung und in ihrer starken Tiefenwirkung (Ther. 35). .Dies gilt namentlich für den Sapo unguinosus mercurialis mit 33 1/3 % Hg, den UNNA schon seit 1883 bei Schmierkuren empfiehlt (Ther. 78). Besondere Abhandlungen sind weiter gewidmet u. a. 1899 dem der Marmorseife entsprechenden Sapo cutifricius (Pharm. 23), zur mechanischen Abschabung von Hornschichtprodukten bei Pockennarben, Akne u. dgl., aus gleichen Teilen Salbenseife und Bimsteinpulver, und zwecks Erhöhung der Schaumkraft mit 10% Gelanth versetzt; weiter ebenfalls 1899 der Thiosinaminseife mit 5—10% Thiosinamin, zur Entfernung von Narbenkeloiden, minder schmerzhaft als die Thiosinamin-Injektionen (Ther. 94), und endlich der Tuberkulinseife mit 5 bis 20% Tuberkulin, mit einem spezifischen Einfluß auf lupöses Fibrom, eine besondere Art der von UNNA auch sonst angewendeten Tuberkulinmedikation des Lupus (Ther. 95).

Keine Seife im eigentlichen Sinne, sondern mehr eine mit Hilfe von Seife hergestellte salbenartige Mischung ist die Natriumsuperoxydseife — als Pernatrolseife von W. MIELCK-Hamburg in den Handel gebracht —, die UNNA 1899 als gleichzeitig stark alkalisch und oxydierend wirkendes Mittel zur Beseitigung allgemeiner Hyperkeratose empfiehlt (Ther. 93). Ihre Grundlage ist — zur Vermeidung von Zersetzung völlig ausgetrockneter — Sapo medicatus mit einem Zusatz von 30% flüssigem Paraffin; der Gehalt an Natriumsuperoxyd beträgt 2—20%.

Die von TÖPFER hergestellte Keraminseife — eine nach einer alten Vorschrift angefertigte Natronkaliseife mit Zusatz von Talkum, Perubalsam, Nelkenöl und Zimtöl findet UNNA 1904 von guter Wirkung bei Ekzemen, Intertrigo, Follikulitiden. Die austrocknende Wirkung schreibt er dem Talkum zu, die desodorisierende und desinfizierende dem Gehalt an ätherischen Ölen (Ther. 107).

Auf dem Gebiete der **Puder** schuf UNNA in Anlehnung an die englische Idee, Salben und Pasten für Gesicht und Hände stets die richtige Hautfarbe zu erteilen — ein Grundsatz, den er auch sonst befolgte — 1898 den Pulvis cuticolor (Pharm. 24), eine je nach Hautfarbe des Patienten mit rotem Ton oder auch Ichthyol gefärbtes Pudergemisch (s. Magistralformeln).

Etwas grundsätzlich Neues für medizinische Zwecke sind dagegen die von UNNA in Gemeinschaft mit PINCUS 1908 in die Dermatologie ein-

Digitized by Google

geführten Gleitpuder. Ihr Wesen beruht auf der Neigung, gleichmäßige, einschichtige, aber fest adhärierende, nicht klumpende Decken zu bilden. Ihr natürlicher Prototyp ist das Lykopodium. Diesem in der „Gleitfähigkeit" entsprechende Präparate lassen sich künstlich durch eine Mischung eines kleinkörnigen mit einem großkörnigen Pulver darstellen. Derartige Mischungen sind als Formpuder in der Technik schon seit langem in Gebrauch. Für dermatologische Zwecke eignet sich am besten ein mit 1% leichter kohlensaurer Magnesia versetztes Kartoffelmehl, das vorher, um ihm die Hygroskopizität zu nehmen, mit einer Lösung von 1% Karnaubawachs getränkt wurde. Mit stark wasserhaltigen Fetten geben hautfarbene Gleitpuder sofort trocknende, nicht fettglänzende Deckpasten, die zur Pastenbehandlung an frei getragenen Körperstellen geeignet sind. Derartige Pasten werden als Mattane, nach Unnas Angaben mit geeigneten Medikamenten kombiniert, von den Berliner Formpuderwerken Fritz Kripke fabrikmäßig hergestellt (Ther. 109, 114).

Unter den Gleitpudern verdient besondere Erwähnung der Quecksilbergleitpuder, Pulvis fluens Hydrargyri. Experimentell hatte Unna festgestellt, daß die gebräuchliche graue Salbe das Quecksilber z. T. als Oxyde und Oleate enthält, die katalytisch als Sauerstoffüberträger auf neues Quecksilbermaterial wirken und so die feine Verteilung des Metalls begünstigen. Er ließ daraufhin Lykopodium, das ja hohe Luftkontinenz besitzt, mit Terpentinöl, dem besten Katalysator des Luftsauerstoffs, tränken und diese Mischung mit Quecksilber verreiben. Dabei erhielt er mit Leichtigkeit eine vollkommen gleichmäßige Mischung, die beim Einreiben in die Haut kaum sichtbar war. Diesen Pulvis fluens Hydrargyri mit einem Gehalt an 10% Hg empfiehlt Unna an Stelle der grauen Salbe bei Quecksilberkuren oder zu Entlausungszwecken (Ther. 117, 126).

Auf den hierfür später so vielfach angewandten **Alkohol als Desinfektionsmittel** hat Unna bereits 1881 hingewiesen; er empfahl Alkohol in Form eines Sprays zur Ekzembehandlung, rein empirisch; ohne damals von den später festgestellten bakteriziden bzw. antiparasitären Eigenschaften des Alkohols etwas zu ahnen (Ther. 10).

In abgeänderter Form läßt er dann 1900 den Alkohol zum gleichen Zwecke in Gestalt der Alkoholstifte, Stili spirituosi, gebrauchen. In diesen war ein mit 2½% Glyzerin versetzter Alkohol mittels 6% stearinsaurem Natrium in feste Form gebracht. Die Stifte schmelzen beim Aufstreichen auf die betreffende Hautstelle und eignen sich namentlich zu ambulanter Behandlung (Ther. 99).

1901 glaubt Unna in Anlehnung an die von Fürbringer empfohlene Alkoholdesinfektion der Hände einen längeren Kontakt des Alkohols in Form eines nächtlichen „Dunstverbandes", gewissermaßen eines Prießnitzumschlages, in dem das Wasser durch Alkohol ersetzt ist, anempfehlen zu sollen, mit vorangegangener und nachfolgender Behandlung mit überfetteter Seife (Ther. 103).

Dunstverbände haben sich Unna auch bei der Anwendung des Ätzkalis bewährt.

Er empfiehlt dieses Mittel 1898 in Form der Pasta caustica aus

Digitized by Google

gleichen Teilen Ätzkali, Kalkhydrat, Kaliseife und Wasser. Nach Auftragung der Paste wird darüber ein Dunstverband angelegt, der für ständige Wasserzufuhr sorgt. Zur Vermeidung der bei Anwendung der Paste anfangs auftretenden Schmerzen sind gegebenenfalls nur Dunstverbände von Ätzkalilösungen 1:500—1:10000 vorzuziehen (Ther. 85).

Dünne Resorzinlösungen waren in Form von Dunstverbänden zur Ekzembehandlung bereits 1889 von Unna empfohlen worden (Ther. 62).

Einer Anregung von Amend, Initialsklerosen mit Verdauungsflüssigkeiten zu behandeln, folgend, wendet sich Unna 1916 der Behandlung von Krankheitsprozessen der Haut mit Pepsin zu. Auch hier wählt er als Anwendungsform den Dunstverband, und zwar neuerdings mit einer Lösung von Pepsin 2,0, Acid. hydrochl. 1,0, Acid. carbol. 1,0, Aq. ad 200,0; darüber kommt eine Decke von Guttapercha. Die Wirkung des Pepsins beruht darauf, daß es die Hornschicht porös macht — die Hülle der Hornzellen wird durchdrungen, bleibt aber erhalten, während der Inhalt der Zellen osmotisch ausgelaugt wird. Demgemäß eignet Pepsin sich auch zum Transport von Medikamenten durch die Hornschicht; Unna weist dies an einer Reihe von Beispielen nach (Ther. 119, 127, 135, 136).

Bereits 1883 hatte Unna eine Reihe teils älterer, teils neuerer, in der Dermatologie angewendeter Präparate unter dem Sammelbegriff **„reduzierende Arzneimittel"** zusammengefaßt. Er rückt damit von den Wirkungen dieser z. T. ganz heterogenen Mittel eine ihnen allen gemeinsame in den Vordergrund, nämlich, daß sie sämtlich sauerstoffentziehend, also reduzierend auf die Haut wirken.

Zur Beurteilung der Wirkung der reduzierenden Hautmittel hat Unna 1886 folgende Sätze aufgestellt, die auch heute noch Interesse haben: Es muß unterschieden werden zwischen ihrer Einwirkung auf die unverletzte Haut, auf die bloßgelegte Haut und auf die in der Haut schmarotzenden Parasiten. Die Einwirkung auf die unverletzte Haut hängt davon ab, ob die Darreichung in starker oder schwacher Dosis erfolgt. Sie äußert sich in z. T. gleichen, z. T. diametral entgegengesetzten Symptomen: in jedem Falle tritt infolge der Sauerstoffentziehung zunächst stärkere Verhornung und Dunkelfärbung der Hornschicht ein. Schwächere Dosen rufen weiter Jucken hervor, beseitigen Entzündung und Anschwellung, wirken pustelbildend und schmerzlindernd. Starke Dosen erzeugen dagegen meistens Schmerz, seltener Jucken; ferner bewirken sie Entzündung, Anschwellung, Blasenbildung und Erweichung des kollenchymatösen Bindegewebes. Auf der bloßgelegten Haut rufen die reduzierenden Mittel im wesentlichen Schrumpfung und Verklebung hervor; je nach der Reaktionsfähigkeit der betr. Gewebe ist diese Wirkung verschieden; je gefäßärmer, nervenloser und trockener jene sind, desto größere Dosen werden vertragen, und umgekehrt. Auch styptische Wirkungen sind zu verzeichnen. Die zweifellos vorhandene antiparasitäre Wirkung der reduzierenden Mittel ist nach Unna eine direkte, doch werden die Präparate zweckmäßig mit indirekt, parasitifug, wirkenden Mitteln angewendet, d. h. solchen, die nicht die Parasiten sondern ihren Nährboden, die Gewebe, angreifen oder sie zu erhöhter Aktivität bringen, so daß sie den Parasiten erfolgreichen Widerstand leisten können (Ther. 37).

Digitized by Google

Von den reduzierenden Hautmitteln beschäftigen UNNA zunächst das Chrysarobin und das Pyrogallol.

Früher hatte man angenommen, das wirksame Prinzip des Ende der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts in den Arzneischatz eingeführten Chrysarobins sei Chrysophansäure, und demgemäß wurde auch anfangs der 80er Jahre ein gereinigtes Chrysarobin als Acidum chrysophanicum bezeichnet. Hiergegen wendet sich UNNA 1882. Er weist darauf hin, daß Chrysarobin ein pharmakologisch relativ differenter Stoff, Chrysophansäure aber eine recht harmlose Substanz sei (Pharm. 2, 3).

Die Chrysophansäure, wie sie z. B. auch im Rhabarberextrakt enthalten ist, ist nämlich wirksam nur bei leichteren Pilzaffektionen und Ekzemen — vgl. das Extr. Rhei liquidum der Magistralformeln —, versagt aber im Gegensatz zu Chrysarobin bei Psoriasis und Sykosis. Bei der Einwirkung von Chrysarobin auf die Haut färbt sich diese bekanntlich unter Bildung eines Oxydationsproduktes braunrot, und zwar ist das Endprodukt dieser Oxydation des Chrysarobins auf der Haut im wesentlichen Chrysophansäure. Ein künstlich aus Chrysarobin durch Kochen der wässerigen Suspension mit Natriumsuperoxyd hergestelltes Oxydationsprodukt war nun in seiner Wirkung ebenfalls schwächer als Chrysarobin selbst und verhielt sich nicht anders als die Chrysophansäure aus Rhabarber. Die energische Wirkung des Chrysarobins auf die Haut kann somit nicht auf Chrysophansäure zurückgeführt werden, sondern wird zweifellos durch ein Zwischenprodukt bei der Oxydation hervorgerufen. Die Wirkung des Chrysarobins ist also unzertrennlich von seiner entzündlichen Wirkung auf die Umgebung. Sie ist übrigens nicht nur eine lokale, das Präparat wird vielmehr bei jeder Art der äußeren Anwendung auch resorbiert und z. T. als Chrysophansäure mit dem Harn ausgeschieden (Ther. 15; Pharm. 18). In den letzten Jahren bevorzugt UNNA an Stelle des Chrysarobins das Cignolin der Elberfelder Farbenfabriken, ein synthetisch gewonnenes 1-Oxyanthrachinon. Im Anschluß an eingehendere Studien über das Verhältnis von chemischer Konstitution zur Wirkung in der Oxyanthrachinonreihe führt er schließlich den antipsoriatischen Effekt des Cignolins auf eine Peroxydasewirkung der Ölsäure aus den Knäueldrüsen der Haut zurück. Die Cignolinwirkung besteht also in einer lokalen Sauerstoffaktivierung an der Epithel-Kutis-Grenze (Bücher 14). Da Ölsäure aber überall im Hautgewebe vorhanden ist, hat UNNA neuerdings durch kutane Injektionen 1 $^0/_{00}$iger Suspensionen von Cignolin in flüssigem Paraffin den Mechanismus der Cignolinwirkung noch genauer zu erforschen gesucht (Ther. 134).

Das Pyrogallol darf, wie UNNA festlegte, nur bei umschriebenen Affektionen angewendet werden. Seine Giftigkeit gebietet Vorsicht bei der Anwendung. Wo eine mildere Form der Behandlung angezeigt erscheint, wird zweckmäßig nicht das Pyrogallol angewendet, sondern das durch Oxydation aus ihm entstandene Produkt, das auf kranker Haut noch eine deutliche Pyrogallolwirkung zeigt, die gesunde Haut aber nicht mehr schädigt. Die therapeutische Wirkung des Pyrogallols besteht somit in der des Oxydationsproduktes, die unerwünschten Nebenwirkungen dagegen sind die Folge des Reduktionsprozesses der Hautelemente. Damit unterscheidet sich Pyrogallol also grundsätzlich vom

Digitized by Google

Chrysarobin. Das oxydierte Pyrogallol — Pyraloxin — wird künstlich erhalten, wenn Pyrogallol ammoniakalischer Luft ausgesetzt wird, zweckmäßig bei gleichzeitiger Anwesenheit von Wasserstoffsuperoxyd (Ther. 15; Pharm. 12, 13, 18).

Interessant für die Beurteilung der Wirkung von Chrysarobin und Pyrogallol ist die neuerdings von Golodetz im Unnaschen Laboratorium gemachte Feststellung, daß Keratin von Phenolen unter Reduktion gelöst wird.

Durch ihre physiologische Wirkung erweisen sich, wie Unna feststellte, auch Resorzin und Ichthyol zu den reduzierenden Hautmitteln gehörig (85).

1882 erkannte Unna den therapeutischen Wert eines in Tirol vorkommenden bituminösen Schiefers. Nach seinen Angaben entstand im Laboratorium der Firma Hermanni & Cordes aus dieser pechartigen Substanz das inzwischen zum Weltruf gelangte Ichthyol (Allg. 3; Pharm. 17). Es ist ein Gemisch aus dem Ammoniumsalz der in Wasser leicht löslichen Ichthyolsulfosäure, dem in Wasser unlöslichen Ichthyolsulfon und einer in Wasser ebenfalls unlöslichen braunschwarzen Masse. Das ichthyolsulfosaure Ammonium hält die beiden andern Stoffe in Lösung. Von diesen drei Bestandteilen wirkt die Sulfosäure häutchenbildend und gelinde schälend, daneben reduzierend, das Sulfon nur reduzierend, und zwar stärker als die Sulfosäure, und der dritte Bestandteil ist therapeutisch indifferent. Im allgemeinen ist die reduzierende Kraft des Ichthyols eine weit geringere als die des Chrysarobins. In der Folge hat Unna über Ichthyol und seine Derivaten eine ganze Reihe von Abhandlungen veröffentlicht (Ther. 17, 65, 96, 104, 105; Pharm. 9 u. a.). Besondere Beachtung schenkt er den Silberverbindungen des Ichthyols. Aus der mit Wasserstoffsuperoxyd vorher oxydierten Ichthyolsulfosäure erhält man durch Behandeln mit Silberoxyd eine in Wasser lösliche und in dieser wässerigen Lösung beständige Silberverbindung, das Ichthargan. Ichthargan wirkt gleichzeitig oxydierend und reduzierend; neben der Ichthyolwirkung besitzt es gleichzeitig auch desinfizierende Kraft. Unna empfiehlt es insbesondere bei Ekzemen, auch als 5 %iges Streupulver zur Wundbehandlung (Ther. 105, 130).

Das Neoichthargan wird durch Umsetzung von Ichthyolnatrium mit überschüssigem Silbernitrat als in Wasser unlösliche Verbindung erhalten. Es wirkt stärker reduzierend als das Ichthargan infolge seines höheren Gehaltes an Sulfonschwefel, von dem es $4^1/_2$ mal so viel enthält als Ichthargan (Pharm. 34).

Zu den reduzierenden Mitteln sind — obwohl diese Eigenschaft von Unna selbst nicht hervorgehoben wird — ihrem chemischen Verhalten nach auch die Zeozonpräparate zu rechnen. Es sind das Derivate des Oxykumarins, die chemisch Kondensationsprodukte des Resorzins mit Ketoverbindungen darstellen: völlig farblose Stoffe, die, wie Mannich und Zernik fanden, bereits in Lösungen von sehr geringer Konzentration die ultravioletten Strahlen des Sonnenlichts völlig absorbieren. Unna hat diese Präparate 1911 untersucht und sie als sehr brauchbaren und recht praktischen Schutz gegen unerwünschte Wirkungen des Sonnenlichts auf die Haut, wie Sonnen- und Gletscherbrand, empfohlen, weil sie im Gegensatz zu den bisher für diese Zwecke benutzten Mitteln völlig farb-

Digitized by Google

los und reizlos sind. Neben der physikalischen Wirkung als Lichtfilter konnte UNNA auch antiekzematöse Wirkungen bei den Zeozonpräparaten feststellen, die sich bei bereits vorhandenen Schädigungen durch Sonnenlicht zeigten, wo die sonst gebrauchten antiekzematösen Mittel versagt hatten. Die Zeozonpräparate gelangten später durch die Berliner Firma Kopp & Joseph in den Handel (Pharm. 32).

Auf Reduktion beruht nach UNNA auch die sedative Wirkung des Naftalans bei universellem Ekzem, und zwar führt er diese reduzierende Wirkung auf einen in dem sonst indifferenten Naftalan enthaltenen schwarzen brenzlichen Farbstoff zurück. Ein dem Naftalan in Aussehen und Wirkung analoges Präparat konnte er 1900 durch längeres Erhitzen von Vaselin und nachfolgenden Seifezusatz erhalten: Vaselinum adustum saponatum (Pharm. 28). (MIELCK.)

Von Steinkohlenteerpräparaten verwendet UNNA häufig Liantral, ein von Beiersdorf & Co. hergestelltes Benzolextrakt aus Steinkohlenteer, z. B. in Form des Ung. Caseini c. Liantral der Magistralformeln.

Sehr eingehend hat sich UNNA auch mit der Wirkung des Schwefels auf die Haut beschäftigt. Diese Wirkung beruht auf der Abspaltung von Schwefelwasserstoff, und zwar entstammt dieser letztere, wie GOLODETZ in UNNAS Laboratorium 1911 feststellte, dem Cystein der Hornschicht, das durch Schwefel unter Schwefelwasserstoffabspaltung in Cystin übergeführt wird. Die Wirkung des Schwefels äußert sich schon in kleinsten Dosen zunächst in Keratolyse und deshalb in Reiz; in stärkeren Dosen wirkt er keratoplastisch und somit trocknend (Chem. 10).

Die Frage einer wirksamen innerlichen Schwefeltherapie durch Zuführung von Schwefelkalzium führte UNNA zur Schaffung der keratinierten **Dünndarmpillen**, das sind Pillen, die den Magen unzersetzt passieren und ihr Medikament erst dann an den Darm abgeben, wenn das Alkali des Darmes die Magensäure vollkommen neutralisiert hat (Ther. 16, 113, 27—29). Die widersprechenden Angaben über die Widerstandsfähigkeit dieser keratinierten Pillen gegen die Magenverdauung haben später ihre Erklärung in den aus UNNAS Laboratorium hervorgegangenen Untersuchungen von GOLODETZ über das Keratin gefunden. Dieses ist danach kein einheitlicher Stoff, sondern setzt sich aus verschiedenen Bestandteilen von sehr verschiedener Widerstandsfähigkeit gegen Pepsin-Salzsäure-Verdauung zusammen. Auf einer nicht einheitlichen Darstellung des zum Überziehen der Pillen benutzten Keratins beruhen die von anderer Seite beobachteten Mißerfolge. Ein richtig dargestelltes Keratin wird nur die gegen Magenverdauung widerstandsfähigen Anteile enthalten.

Vorschriften zu keratinierten Pillen mit arseniger Säure, Eisenchlorid und Schwefelkalzium finden sich in den Magistralformeln. Die keratinierten Pillen sind im übrigen die Vorläufer der heutigen sog. „gehärteten" Medikamente bzw. der Dünndarmkapseln geworden.

Im Gegensatz zu den reduzierenden Mitteln finden **oxydierende Mittel** bei UNNA nur beschränkte Anwendung. Das 30%ige Wasserstoffsuperoxyd (Perhydrol) empfiehlt UNNAS Assistent COHN 1903 zur Behandlung von Pigmentmälern. Sonst verwendet UNNA oxydierende Mittel zum Zwecke der Hornverdünnung bei Hyperkeratosen, und zwar

Digitized by Google

in Kombination mit Alkalien, so z. B. in Form einer wässerigen Paste aus je 10% Kaliumpermanganat und Zinkoxyd, oder als die bereits früher beschriebene Pernatrolseife. Daneben ist Anwendung von hornerweichenden und -lösenden Mitteln angezeigt (Ther. 116).

Im Anschluß daran sei die Tatsache hervorgehoben, daß Unna 1882 als erster die Eigenschaft der **Salizylsäure** feststellte, normale oder pathologisch verdickte Hornschicht in beliebiger Ausdehnung als fest zusammenhängende, nicht abblätternde Membran schmerzlos abzuheben. Bis dahin war diese Wirkung der Salizylsäure nur andeutungsweise in Form des gegen Hühneraugen verwendeten Salizylkollodiums bekannt gewesen. Unna empfiehlt seinerseits für letzteren Zweck einen Salizylpflastermull. Inzwischen haben bekanntlich Salizylsäurepflaster gegen Hühneraugen allgemein Anwendung gefunden (Pharm. 1).

Von dem, was Unna sonst an Arbeiten pharmakotherapeutischen Inhalts der Öffentlichkeit übergeben hat, sei nachstehend nur das wichtigste in chronologischer Reihenfolge kurz zusammengestellt, im übrigen muß auf das Literaturverzeichnis verwiesen werden.

1881: Torfmull als Verbandsmittel (Pharm. 7).
Medikamentöser Alkohol- und Ätherspray (Pharm. 10).

1898: Paraformaldehyd als mildes Ätzmittel an Stelle der reizend wirkenden Formaldehydlösung (Pharm. 20).

1910: Empfehlung der zu Unrecht in Vergessenheit geratenen Arnika innerlich bei Blutungen; 1917 wiederholt (Ther. 127).
Erfahrungen mit Salvarsan (Ther. 113).

1916: Suprarenin wirkt auch perkutan, deshalb empfehlenswert für Kühlpasten (Ther. 120).

1917: Empfehlung von Kieselsäure bei Pemphigus, perkutan und innerlich (Ther. 129).

1918: Sagrotan, eine Chlorkresol-Chlorxylenol-Seifenlösung, wirkt nicht nur bakterizid, sondern auch juckstillend und schälend und empfiehlt sich als Grundlage für billige dermatotherapeutische Verordnungen (Ther. 125).

Die letztgenannten Veröffentlichungen gehören, ebenso wie schon andere früher erwähnte, zu den „Kriegsaphorismen eines Dermatologen", jenen aus den Erfordernissen des Krieges heraus geborenen Aufsätzen, die gesammelt 1917 bereits in zweiter Auflage erschienen. Eine Unzahl wertvoller, insbesondere auch pharmakotherapeutischer Ratschläge für den Praktiker ist in diesen zwanglosen Artikeln enthalten, die, wenn schon in erster Linie für die Bedürfnisse des Krieges bestimmt, dauernden Wert behalten werden (Bücher 15).

Die Arzneiformeln, die Unna in seiner Praxis ständig verordnet und die z. T. Allgemeingut der Dermatologie geworden sind, sind in den von der Schwan-Apotheke W. Mielck in Hamburg herausgegebenen Magistralformeln nach Prof. Dr. P. G. Unna zusammengestellt. In ihnen spiegelt sich anschaulicher, als Worte es tun können, die Vielseitigkeit und Originalität Unnascher Medikation.

Digitized by Google

Unna und die Pharmazie.

Von

Dr. Paul Runge, Apotheker in Hamburg.

Der 70. Geburtstag des großen Dermatologen und universellen Forschers gibt mir Veranlassung festzustellen, welche vielseitige Förderung die Arzneikunst seinen Anregungen und seiner jahrzehntelangen unermüdlichen Arbeit verdankt. Eine solche Feststellung wird nur möglich sein durch eine Besprechung derjenigen wichtigsten Arzneiformen, die heute dank dem regen Interesse, welches Unna von Beginn seiner Laufbahn der Therapie und ihrer Verbesserung und Verfeinerung zuwandte, sich allgemein eingebürgert haben. Ein Blick in die Arzneibücher und Vorschriftensammlungen zeigt uns sofort, daß wohl kein Arzt sich derart eingehend mit therapeutischen Fragen und Vorschriften beschäftigt und auf diesem Gebiete so vielseitig produktiv gewirkt hat wie gerade Unna. Es ist nicht die Sucht gewesen Neues zu bringen, sondern das Bestreben, alte und unvollkommene Methoden zu verbessern, die Unna veranlaßten, diesem Gebiete seine Aufmerksamkeit und sein besonderes Interesse zu widmen, es ist wohl vor allem auch die Notwendigkeit gewesen, die recht dürftige und lückenhafte Therapie auszubauen, welche Unna als Arzt zur Verfügung stand, als er sich der Dermatologie zuwandte. Ehe ich mich in Einzelheiten ergehe, halte ich es für nötig, darauf hinzuweisen, daß es durchaus selbstlose Beweggründe gewesen sind, die Unna zu seinen Bestrebungen veranlaßten, und daß er sich nie von anderen als rein ideellen Beweggründen hat leiten lassen. In nahezu 25jähriger Zusammenarbeit habe ich Unnas Uneigennützigkeit kennengelernt und erfahren, daß er seine Gedanken und befruchtenden Ideen nie dem Geldinteresse untergeordnet oder nutzbar gemacht hat und daß er nie an dem Vertrieb der auf Grund seiner Arbeiten hergestellten Präparate irgendwie pekuniär beteiligt war. Die Schöpfung eines wirklichen Medikamentes nennt er selbst[1]) „eine hohe und reine Aufgabe", während er an anderer Stelle seine Bestrebungen auf diesem Gebiete wie folgt kennzeichnet[2]):

„Soweit der von mir hervorgehobene Grund der äußeren Schädlichkeiten für den Fortschritt der Dermatotherapie in Frage kommt, muß es unsere Aufgabe sein, die Technik der Medikation so zu verbessern, daß alle äußeren Schädlichkeiten durch die Vollkommenheit unserer Mittel paralysiert werden, wie beispielsweise durch die antiseptischen Methoden die früheren Gefahren des Wundverlaufes größtenteils zu vermeiden sind."

Diesen beiden Leitsätzen ist Unna sein Leben lang treu geblieben und ihnen verdankt er nicht zuletzt die großen Erfolge auf dem Gebiet der pharmazeutischen Technik im allgemeinen, wie der Dermatotherapie im besonderen.

---

[1]) M. p. D., 1896, Nr. 8. — [2]) B. kl. W., 1880, Nr. 35.

Digitized by Google

Die Art der zur Verfügung stehenden therapeutischen Hilfsmittel war zu Beginn seiner Laufbahn in der Tat recht wenig befriedigend, gleichgültig, ob es Pflaster, Salben oder andere Zubereitungen waren. Die Dermatologie war ja aber auch noch eine sehr junge Wissenschaft, die sich erst vor kurzem selbständig abgesondert hatte und des Auf- und Ausbaues dringend bedurfte.

Als Pflaster kamen nur Bleipflaster und Mischungen dieses mit Harzen und Terpentin in Frage, die dann auf Leinen oder Schirting gestrichen wurden. Mit Ausnahme einiger gebräuchlicher Sorten, die für dermatologische Zwecke kaum in Betracht kamen, war eine jedesmalige Anfertigung notwendig. Ihre Anwendung hatte vielfache Mängel gerade bei kranker und entzündlicher Haut. Ähnlich war es mit den Salben, die derzeit ja nur mit Schweineschmalz, Ochsenmark und Talg hergestellt wurden, Grundlagen, die dem Zersetzen sehr unterlagen. Mineralische Fette waren noch kaum bekannt. Wollfett wurde erst Mitte der achtziger Jahre eingeführt. Im übrigen fanden noch spirituöse Pinselungen und Tinkturen sowie Puder Verwendung. Vergegenwärtigt man sich demgegenüber die Vielseitigkeit der Arzneiformen, die dem Dermatologen heute zur Verfügung stehen, und die in der allergrößten Mehrzahl Arbeiten und Anregungen Unnas ihre Entstehung verdanken, so wird man sich erst des großen Unterschiedes bewußt werden.

Es wird mir nicht möglich sein, alle Schöpfungen Unnas auf diesem Gebiete im Rahmen dieses kurzen Aufsatzes zu besprechen. Ich werde mich daher darauf beschränken, zunächst die Arbeiten zu berücksichtigen, welche neue Arzneiformen betreffen, und von den übrigen nur diejenigen, welche wesentliche Verbesserungen oder Vereinfachungen von Arzneivorschriften betreffen. Wie Unna sich in seinem ganzen geistigen Schaffen nicht auf seine Spezialwissenschaft, die Dermatologie, beschränkt hat, sondern mit großem Erfolge andere Gebiete der Medizin und Naturwissenschaften bearbeitet und befruchtet hat, so hat er auf pharmazeutischem Gebiet sich nicht nur auf die Verbesserung der zur äußeren Behandlung der Hautleiden dienenden Arzneiformen und Mittel beschränkt, sondern auch darüber hinaus für die allgemeine Therapie neue Wege und Mittel erforscht und gezeigt. Die Vielseitigkeit seines Schaffens zeigt ein Blick in das Verzeichnis der Unnaschen Publikationen von 1875 bis zum heutigen Tage, in dem sich neben den vielen anderen allein mehr als 230 Arbeiten des therapeutischen, pharmakologischen und pharmazeutischen Gebietes befinden. Diese Arbeiten bieten eine Fundgrube für den, der sich über die Entwicklung der Dermatotherapie unterrichten will und geben reiche Anregung zu fruchtbringendem Weiterbau. Die bedeutendsten durch Unna geschaffenen neuen Arzneiformen, welche sich nicht nur in Deutschland, sondern darüber hinaus in allen Kulturländern Eingang und Bürgerrecht erworben haben, sind folgende: Salben- und Guttaperchapflastermulle, Glyzerinhautleime, Pasten, Hautfirnisse verschiedenster Art und Zusammensetzung, Salben- und Pastenstifte, überfettete Seifen, Salbenseifen, keratinierte Pillen (Dünndarmpillen).

Der Salbenmullverband wurde von Unna im Jahre 1880[1]) eingeführt,

[1]) B. kl. W., Nr. 27.

Digitized by Google

der dieses Gebiet in Gemeinschaft mit Apotheker P. Beiersdorf bearbeitete. Von dem Bestreben ausgehend, einen Verband zu schaffen, der eine absolute Ruhe der Haut ermöglichen sollte, Fernhalten der Kleiderreibung sowie vollkommenen Abschluß der äußeren Luft und ihrer sekretzersetzenden schädigenden Wirkung, wurde zunächst, einer Anregung des Apothekers Dr. Mielck folgend, Mull mit einer Masse aus Hammeltalg und Medikamenten getränkt. Es stellte sich dann heraus, daß diese Mullappen zu hart und unhandlich waren. Durch Zusatz weicherer Fette, wie von Adeps und später von Wollfett, bei bestimmten Arzneizusätzen, wie z. B. Karbolsäure, von Bleipflaster, gelang es, diese Arzneiform mehr und mehr zu vervollkommnen und für jeden Zweck dienlich zu machen. Zur besseren Haltbarkeit der für die Salbenmullherstellung verwendeten Fette (Talg und Schmalz) läßt er diese nach Vorschriften der englischen Pharmakopoe benzoinieren, und zwar durch Digerieren mit Benzoeharz, nicht etwa durch Zusatz von Benzoesäure, wie es das Deutsche Arzneibuch jetzt vorschreibt. Gerade die Zimt- und Benzoesäureester des Harzes sind es, die konservierend auf die Fette einwirken und ihnen zugleich dauernd einen angenehmen Geruch verleihen. Durch Zusatz von Harzen und klebenden Stoffen zur Salbenmullmasse entstanden dann zunächst die Pflastermulle[1]), welche sich von den bisher üblichen Pflastern prinzipiell und wesentlich durch das Mullgerüst unterschieden. Dieses Mullgerüst gibt ihnen eine bisher unerreichte Schmiegsamkeit und Elastizität und sichert ihnen dadurch eine vielseitige Verwendung. Eine weitere Vervollkommnung, die bis zum heutigen Tage sich unverändert bewährt hat, erfuhren die Pflastermulle dann durch Verwendung einer impermeablen Grundlage von Guttapercha und durch Benutzung von Gummielastikum und gereinigter Tonerde als Konstituens für die Medikamente. Es war ein besonders glücklicher und erfolgreicher Gedanke, sich dieser Stoffe als Klebemittel zu bedienen, da sie einerseits völlig indifferent und reizlos sind und andererseits schon sehr geringe Mengen davon genügen, um in Verbindung mit dem Arzneistoff gut klebende Plastermassen zu erzielen. Während bei den bisherigen Pflastern das Medikament dem Konstituens nur in geringem und sehr beschränktem Prozentsatz zugefügt werden konnte, war nun die Möglichkeit gegeben, Pflaster mit Medikamenten in sehr hohen Konzentrationen herzustellen. Im Verein mit der Undurchlässigkeit der Guttaperchadecke wurden daher mit diesen Pflastern bisher noch nicht gekannte Heilerfolge und Tiefenwirkungen erzielt. Ein weiterer wesentlicher Vorteil der neuen Pflaster bestand in der nunmehr ermöglichten genauen Dosierung des Arzneistoffes, da eine bestimmte Menge der Pflastermasse auf eine nach Quadratzentimetern genau bekannte Fläche der Unterlage gleichmäßig verteilt wurde. Wirksamkeit und Prozentgehalt haben bei den Pflastermullen keinen inneren Zusammenhang, wohl aber Wirksamkeit und Menge des Medikamentes auf der Flächeneinheit. Die Unnaschen Guttaperchapflastermulle waren und sind die ersten exakt dosierten und wirkenden, wirklich medizinischen Pflaster. Aus den wenigen Zusammensetzungen, die Unna zunächst empfahl, ist eine stattliche Reihe mit den verschieden-

[1]) B. kl. W., 1881, Nr. 27.

Digitized by Google

artigsten Arzneistoffen entstanden, wie ein Blick in die Listen der Firma Beiersdorf zeigt. Die deutschen Ärzte aber haben während der langen Kriegszeit, als wegen mangelnder Rohstoffe die Guttaperchapflastermulle nicht hergestellt werden konnten, sehr ungern auf diese so zuverlässige und bewährte Arzneiform verzichtet und ihre Unentbehrlichkeit kennengelernt. Aus den Guttaperchapflastermullen entstanden später durch Unnas und Troplowitz' Arbeiten die Paraplaste und das weiße Kautschukheftpflaster, welches sich unter dem Namen Leukoplast die Welt eroberte. Die Paraplaste sollten infolge ihrer der Haut angepaßten Farbe vor den Guttaperchapflastern kosmetische Vorzüge besitzen. Sie haben sich indes wenig eingebürgert und sind heute wohl kaum noch gebraucht. Das weiße Kautschukpflaster dagegen ist infolge seiner Reizlosigkeit und Handlichkeit das Universalpflaster der Dermatologen, der Chirurgen, man kann wohl sagen jedes praktisch tätigen Arztes, geworden. Es ist hervorgegangen aus dem Unnaschen Zinkoxydpflastermull.

Die Glyzerinleime wurden im Jahre 1883 in die Therapie eingeführt durch eine Arbeit, die gemeinsam mit Beiersdorf unternommen war. Die Erfolge der Unnaschen Neuerungen auf therapeutischem Gebiete beruhen gerade in seiner dauernden Verbindung mit Männern der Praxis. Im Berufe stehende Apotheker und Techniker verstand Unna bis heute stets für seine Ideen zu begeistern und zu fördernder Mitarbeit heranzuziehen. Die Fülle von Gedanken, welche sein rastloser Geist immer von neuem schuf, wurde durch praktische Versuche so lange verarbeitet, bis etwas Brauchbares geschaffen war und auch dann wurde nicht geruht, wenn es galt, eine der neugeschaffenen Arzneiformen oder Vorschriften zu verbessern oder neuen schärferen Anforderungen anzupassen. Ich bin persönlich durch lange Jahre in solcher fast täglichen Arbeit mit Unna verbunden gewesen und kann wohl besser wie sonst jemand Zeugnis ablegen für die Unermüdlichkeit und reine Begeisterung, welche er selbst ausschließlich praktischen Arbeiten und Bestrebungen neben seiner vielseitigen wissenschaftlichen Betätigung stets entgegenbrachte. Die Idee, äußerlich verwendete Medikamente in Form einer Leimgallerte zu verschreiben, war bereits von Pick verwirklicht, ohne daß dies Unna bekannt war. In gleichen Heft der Dermatologischen Monatshefte, in dem sich die erwähnte Veröffentlichung über Leimglyzerin als Konstituens in der Dermatotherapie befindet, ist auch eine solche von Pick über die therapeutische Verwendung arzneihaltiger Gelatine bei Hautkrankheiten. Der wesentliche Unterschied zwischen den hier und dort gegebenen Vorschriften besteht darin, daß Unna das Glyzerin seinen Gallerten von vornherein einverleiben ließ, während Pick die aus Wasser und Gelatine bestehenden Gallerten auf den Körper bringen und dort erst die erstarrte Gelatineschicht mit Glyzerin überpinseln ließ. Der Vorzug der Unnaschen Vorschriften war so überzeugend, infolge der Elastizität seiner Leimdecke im Gegensatz zur spröden und unnachgiebigen der Pickschen Vorschrift, daß sich diese Medikation sehr rasch einbürgerte. Die Leimglyzerine haben sich allerdings nicht, wie ursprünglich gedacht, als allgemein verwendbare Grundlagen für äußerlich verwendete Medikamente erwiesen. Wohl aber haben sie sich als Hilfsmittel für die Anwendung anderer Heilmittel überaus bewährt, wie auch als

Digitized by Google

Unterstützungsmittel anderer Verbände, und besonders zur Behandlung von Unterschenkelgeschwüren. Hier sind es nun zwei Zusammensetzungen, die sich in feststehenden Formeln ganz allgemein eingeführt haben, nämlich der Zinkglyzerinleim, kurz Zinkleim genannt, und der 2 %ige Zinkichthyolleim, die heute in fast noch genau derselben Zusammensetzung ganz allgemein verordnet werden.

Einen wesentlichen Fortschritt in der Salbenbehandlung brachte die Anregung Unnas[1]), statt der reinen Fette Mischungen derselben mit Pudern zu verwenden, eine Idee, die auch Lassar bearbeitete und zur Einführung seiner Vaselin-Zinkoxyd-Mehl- (später Amylum-) Paste veranlaßte. Unna empfahl zuerst die Verwendung einer Mischung aus Bolus und Leinöl, und kam später zur Ausarbeitung seiner jetzt so vielseitig gebrauchten Kieselgurpasten-Vorschriften, so der Pasta Zinci und Pasta Zinci sulfurata. Erstere entstand aus der mit Benzoefett gemachten Zinksalbe durch Zusatz von Kieselguhr. Eine gute Paste soll sich nach Unna in dünner Lage rasch und leicht ausbreiten lassen und auf der Haut einen trockenen möglichst festhaftenden Überzug bilden. Daß die Pastenbehandlung einen ganz wesentlichen Fortschritt in der Therapie der Hautkrankheit bedeutet, vermag man heute leicht festzustellen an ihrer allgemeinen Verwendung. Pasten werden wohl mehr verordnet als reine Fettsalben. Unna hat die verschiedensten Vorschriften für Pasten angegeben, darunter auch solche mit Zusatz von größeren Mengen Wassers, die er unter dem Namen Kühlpasten empfohlen hat[2]).

Es dürfte zu weit führen, auf diese hier näher einzugehen, doch möchte ich wenigstens auf eine viel verwendete Kühlpaste, die Pasta Zinci mollis, hinweisen, einer Mischung aus Leinöl, Kalkwasser, Zinkoxyd und Kreide, die sich besonders bewährt hat.

Durch seine Arbeiten und Versuche über Pasten wurde Unna auf das Gebiet der Hautfirnisse geführt. Er hat dieses Gebiet nach den verschiedensten Richtungen bearbeitet und eine Fülle von Vorschriften erprobt und veröffentlicht. Gerade hier zeigt sich deutlich sein unablässiges Bestreben, besseres an die Stelle des guten bestehenden und bekannt gegebenen zu setzen. Beginnend mit Vorschriften zu Bleipasten[3]) aus Essig, Bleioxyd und Stärke, reinen Bleisterpasten, gelangte er zu den Dextrin- und Gummipasten bzw. Firnissen. Diesen wasserlöslichen Firnissen standen Vorschriften solcher gegenüber, welche eine wasserunlösliche Decke geben mit Kollodium, Traumatizin und Elastizin als Grundlage. Letzteres hat sich infolge seiner Reizlosigkeit besonders bewährt und wurde eine Zeitlang viel verwandt. Es bestand aus einer Lösung von Gummielastikum in Benzol. Mehr und mehr wurden die wasserunlöslichen Firnisse verlassen und im Bestreben, die wasserlöslichen Firnisse zu verbessern und zu vervollkommnen, die Vorschriften zu Ungt. Caseini[4]) und zu Gelanthum[5]) ausgearbeitet. Während die Kaseinsalbe gewissermaßen ein Mittelding zwischen Fettsalben und Firnissen darstellt, ist Gelanthum der Typus eines wasserlöslichen Hautfirnisses.

---

[1]) Virchows Archiv, 1880, Bd. 82, S. 197; M. p. D., 1884, Nr. 2 u. 3, S. 38. — [2]) M. p. D., 1900, Bd. 30, Nr. 1. — [3]) M. p. D., 1883, Nr. 4. — [4]) M. p. D., 1895, Bd. 20, S. 302; D. Med. Ztg., 1895, Nr. 19. — [5]) D. Med. Ztg., 1896, Nr. 73.

Digitized by Google

Beide Zubereitungen haben sich in der ärztlichen Praxis bewährt und Freunde erworben. Ungt. Caseini stellt eine Emulsion aus Kaseinalkali und Vaselin dar, der, mit Ausnahme der stark sauer reagierenden, fast alle in der Behandlung der Hautkrankheiten gebräuchlichen Medikamente zugemischt werden können. Gelanthum besteht in der Hauptsache aus einer Aufquellung von Traganth und Gelatine, letztere durch Überhitzung ihrer Gelatinisierungsfähigkeit zum Teil beraubt. Infolge seines hohen Traganthgehaltes zeigt der Gelanth eine große Tragfähigkeit für unlösliche Medikamente, während die Gelatine deren feine und gleichmäßige Verteilung ermöglicht. Er läßt sich mit fast allen Medikamenten unbegrenzt vermischen und ist in der Wirksamkeit den Fettsalben ebenbürtig.

Salben und Pastenstifte[1]). Diese überaus handliche und bequeme Arzneiform wurde auf Unnas Anregung von Eugen Dietrich-Helfenberg praktisch ausgearbeitet. Es ist notwendig, auf die vielseitige Verwendungsfähigkeit und Sparsamkeit der leicht von jedem Apotheker herstellbaren Stifte hinzuweisen, die gerade seitens der praktischen Ärzte viel häufiger verordnet werden sollten, da sie den Patienten an Stelle der üblichen Salben mancherlei Bequemlichkeit der Behandlungsweise bringen.

Die Salbenstifte (Stili unguinosi) haben ihr Vorbild in der bekannten Lippenpomade. Sie können sowohl einfach in Stanniol oder Wachspapier dispensiert werden, als auch in Schiebedosen.

Die Pastenstifte (Stili dilubiles) entsprechen als wasserlösliche Stifte dem bekannten Höllensteinstift. Sie sind im Gegensatz zu den Salbenstiften, deren Anwendungsgebiet die unverletzte Hornhaut ist, für den Gebrauch auf der von Hornschicht entblößten Haut berechnet. Nach den von Dietrich ausgearbeiteten ursprünglichen Vorschriften waren die Salbenstifte aus Wachs, Öl und Kolophonium mit und ohne Zusatz von Ölseife hergestellt. Der Seifenzusatz sollte bewirken, daß beim Ausgießen auch schwere medikamentöse Zusätze gleichmäßig in der Masse verteilt erhalten bleiben sollten. Nach Einführung des Wollfettes in den Arzneischatz wurde dieses mehr und mehr zur Herstellung der Salbenstifte verwandt und dadurch deren Vorschrift wesentlich vereinfacht. Für fast alle Medikamente genügt eine Grundlage bestehend aus drei Teilen gelben Wachses und sieben Teilen wasserfreien Wollfettes. Die Konsistenz der Stifte muß so sein, daß sie beim Überstreichen ohne Kraftanwendung einen Salbenstrich auf der Haut hinterlassen. Die Pastenstifte bestehen aus einer Grundmasse von Zucker, Dextrin, Traganth. Sie sollen eine harte und zähe Konsistenz haben, welche sie befähigt, in weiches Gewebe bohrend wie ein Ätzstift einzudringen. In der angegebenen ersten Veröffentlichung findet sich eine große Anzahl von Vorschriften für alle möglichen Salben- und Pastenstifte.

Anschließend an diese Arzneiform möchte ich noch auf die Harzstifte und Alkoholstifte hinweisen, über die Unna in den Jahren 1898[2]) und 1900[3]) berichtete, Die Harzstifte finden Verwendung zur Ent-

[1]) M. p. D., 1886, Nr. 40, S. 157. — [2]) M. p. D., 1898, Bd. 26, S. 26. — [3]) M. p. D., 1900, Bd. 31, S. 513.

Digitized by Google

haarung. Bestehend aus einer Mischung von Wachs und Kolophonium, werden sie in der Form der Salbenstifte hergestellt (ausgegossen).

Die Alkoholstifte stellen durch Zusatz von Stearinseife solidifizierten Alkohol dar. Sie werden zweckmäßig in Zinnschiebedosen dispensiert.

So bahnbrechend Unnas Arbeiten auf dem Gebiete der Pflastertherapie waren, ebensosehr haben seine Veröffentlichungen und Bestrebungen auf dem Gebiete der medizinischen Seifen, man kann wohl ohne Übertreibung sagen auf dem der Seifenherstellung im allgemeinen, gewirkt. Wie sehr die Herstellung der medizinischen Seifen und die Art ihres Vertriebes im argen lag, wird in dem Aufsatz Unnas „Über medizinische Seifen“ [1]) den Ärzten vor Augen geführt, und zugleich werden die Wege und Richtlinien gezeigt, die zu einer Besserung dieser Zustände führen sollten. Laien, Kurpfuscher und gewissenlose Fabrikanten betrachteten die Herstellung und den Vertrieb medizinischer Seifen als ihr Gebiet. Wahl- und kritiklos wurden solche mit Zusätzen von Arzneistoffen verschiedenster Art, ganz besonders von Teer, Schwefel und Karbolsäure, zur Heilung aller möglichen Hautleiden öffentlich angepriesen und infolgedessen auch gekauft und angewandt. Schädigungen der kranken wie der gesunden Haut waren eine unausbleibliche, von allen Ärzten beobachtete Folge. Unna wies darauf hin, daß die Herstellung der medizinischen Seifen mit besonderer Sorgfalt zu geschehen habe und daß eine Gewähr für gute und brauchbare medizinische Seifen nur dann gegeben sein könne, wenn die Herstellung durch erfahrene Seifentechniker in Gemeinschaft mit einem Apotheker geschähe. Der Apotheker müsse die Kontrolle ausüben über die Güte und Neutralität der verwendeten Grundseife und über den richtigen Gehalt der Seifen an zugesetzten Arzneistoffen, sowie über deren Reinheit, wie schließlich über deren Verträglichkeit mit dem Seifenkörper und deren Unzersetzlichkeit in diesem. Der praktische Erfolg von Unnas Bestrebungen auf diesem Gebiete war die Herstellung einwandfreier medizinischer Seifen durch Herrn Thomas Douglas, einem bekannten und erfahrenen Seifenfabrikant in Hamburg, der sich zu dem Zweck mit dem Apotheker Dr. W. H. Mielck verband, welcher schon längere Zeit mit Unna durch gemeinschaftliche Arbeit verbunden war. Die neuen Seifen sollten folgenden von Unna aufgestellten Grundsätzen entsprechen:

1. Zur Herstellung der Grundseife durfte nur bester Rindstalg verarbeitet werden. Ein Zusatz von Kokosöl wurde verworfen.

2. Zur Verseifung war ein Gemisch von Kali- und Natronlauge gewählt, da nach Unnas Feststellungen die Hornschicht in Kali leichter löslich ist als in Natron. Die Kaliseifen üben eine intensivere Wirkung auf die Haut aus als die reinen Natronseifen.

3. Dem Seifenkörper wurde ein Überschuß von 3—4 % freien Fettes zugesetzt, von der Erwägung ausgehend, daß der Haut das durch eine permanente Anwendung von Seife als Medikament entzogene Fett wieder zugeführt werden müsse, um eine Trockenheit und Abschuppung der Haut möglichst auszuschließen.

4. Als Überfett wurde Olivenöl gewählt, obgleich tierische Fette

[1]) Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, 252 (Innere Medizin, 1885, Nr. 87).

Digitized by Google

naturgemäßer gewesen wären. Technische Gründe zwangen aber, das pflanzliche Fett zu nehmen.

Die unter Beobachtung vorstehender Grundsätze hergestellten Seifen haben sich überaus bewährt. Das Prinzip der Überfettung, zuerst von Fabrikanten und Technikern angezweifelt und bekämpft, hat sich auch bei der Herstellung von Toiletteseifen vielfach eingeführt und stets als ein glückliches und für die Haut in hohem Maße zuträgliches erwiesen. Infolge der Unnaschen Initiative wurden nicht nur an die medizinischen Seifen, sondern wohl ganz allgemein an bessere Toilettenseifen höhere, schärfere und ernstere Ansprüche gestellt, die die Fabrikanten zu erfüllen bestrebt waren und man kann wohl sagen, daß Unnas Anregungen und Arbeiten auf dem ganzen Gebiete der Seifentechnik verbessernd und erzieherisch gewirkt haben, wenn auch vielleicht einige der seinerzeit geäußerten Ansichten wohl überholt sind oder sich nicht als stichhaltig erwiesen haben. So vielleicht die, welche die Verwendung von Kokosöl betrifft. Die hautreizende Wirkung der Kokosölseifen wird wohl nur darauf gegründet gewesen sein, daß diese seinerzeit gewöhnlich auf kaltem Wege hergestellt wurden und infolgedessen große Mengen freien Alkalis enthielten, welches die Haut spröde machen mußte. Heute werden gute Toiletteseifen aus Talg mit Zusatz von Kokos- bzw. Palmkernfett gemacht, ohne daß man behaupten kann, sie zeigten irgend welche schädigende Einflüsse. Gerade bei überfetteten Seifen ist ein Zusatz von Palmkernfett von großem Wert, weil dadurch die Schaumkraft erhöht wird, die durch das Überfett naturgemäß etwas beeinträchtigt ist. Auch der Zusatz von Kali ist später aufgegeben worden, vor allem deshalb, weil dadurch die Konsistenz der Seifen zu weich wird, was eine zu rasche Abnutzung der Seifenstücke bedingt. Der Gedanke der Überfettung, an sich schon gut und glücklich, erwies sich als besonderer Vorteil für die Herstellung der medizinischen Seifen, da ohne Überfett viele Arzneistoffe dem Seifenkörper nicht ohne größere oder geringere Zersetzung zugemischt werden können. Indem man aber den Arzneistoff zunächst mit dem Überfett mischte und dieses Gemisch der Seife zusetzte, vermied man eine sofortige Wechselwirkung und hatte die Möglichkeit, solche medikamentösen Seifen dauernd oder jedenfalls für begrenzte Zeit haltbar zu machen. Die Herstellung der medizinischen Seifen hat in Deutschland seit 1885 einen großen Aufschwung genommen. Andere Forscher haben auf dem Gebiet gearbeitet und weitere Anregungen gegeben. Keiner aber konnte an Unnas Arbeiten und Grundsätzen vorübergehen.

Neben den Stückseifen waren es dann die Kaliseifen, die von Unna empfohlen und in der verschiedensten Form zur Therapie herangezogen wurden. Im Jahre 1886 veröffentlichte er[1]) eine längere Abhandlung über medizinische überfettete Kaliseifen (Salbenseifen), in der er auf die besonderen Vorteile der Verwendung dieser salbenförmigen Seifen hinweist, und auf die Vorzüge der von Dr. Mielck aus Schweineschmalz hergestellten Sapo kalinus adiposus, die sich besser als die aus Leinöl gekochte Sapo kalinus des Deutschen Arzneibuches zur Herstellung medikamentöser salbenförmiger Seifen eignet. Als besonders zweckmäßig

[1]) Medizinische überfettete Kaliseifen. M. p. D., Nr. 8.

Digitized by Google

empfahl UNNA zunächst die Quecksilbersalbenseife, die Jodkaliumsalbenseife und die Ichthyolsalbenseife. Alle drei Seifen haben noch heute größere Existenzberechtigung als die entsprechenden Salben, da sie wirksamer, haltbarer und sauberer in der Anwendung sind. Die Jodkaliumsalbenseife[1]) ist in Anwendung dem Jodvasogen und Jodvasoliniment überlegen. Sehr geeignet ist die überfettete Kaliseife auch als Grundlage für alle verschiedenen Teersorten. Will man die Kaliseife rein oder mit Medikamenten gemischt als Flüssigkeit zur Anwendung bringen, so gibt der bekannte HEBRAsche Seifengeist, eine Lösung von zwei Teilen Sapo kalinus in einem Teil 96%igem Spiritus, eine ausgezeichnete Grundlage. UNNA berichtet darüber gemeinsam mit W. H. MIELCK in einer längeren Abhandlung[2]), auf die ich nicht unterlassen möchte hier hinzuweisen. Es ist wenig bekannt, welch hohes Lösungsvermögen dieser alkalische Seifenspiritus für alle möglichen Arzneistoffe hat, wie auch daß er sich in sehr hohem Prozentsatz mit fast allen üblichen Lösungsmitteln, z. B. mit Chloroform, Ol. Therebinthinae, Äther, Benzin usw., mischen läßt. Eine viel allgemeinere Anwendung dieses Seifenpräparates ist durchaus zu empfehlen.

Von den weiteren durch UNNA empfohlenen Salbenseifen weise ich dann noch besonders auf die Natriumsuperoxydseife hin, bekannt unter dem Namen Pernatrol[3]). Sie unterscheidet sich von den vorher genannten Salbenseifen dadurch, daß sie eine reine Natronseife ist. Sie wird mit einem Gehalt von $2\frac{1}{2}$—20% des stark alkalischen und oxydierenden Natriumsuperoxydes hergestellt, dessen äußere Anwendung erst durch die von UNNA angegebene Form einer Salbenseife ermöglicht wurde. Natriumsuperoxyd ist ein überaus heftig wirkendes Oxydationsmittel, das mit fast allen organischen Verbindungen explosionsartig und unter Feuererscheinung reagiert. Es enthält den Sauerstoff also sehr labil gebunden.

So zersetzt es sich natürlich auch mit Wasser sofort unter Abgabe freien Sauerstoffs. Da eine Verwendung des unvermischten Natriumsuperoxydes infolge dieser Eigenschaften ganz ausgeschlossen war, andererseits aber auch eine Verwendung in Lösungen oder in Salben, so war es ein überaus glücklicher Gedanke, daraus mit Hilfe von unverseifbaren Kohlenwasserstoffen (Paraffin) und absolut wasserfreiem Seifenpulver eine Salbenseife herzustellen, die die Anwendung dieses hervorragenden bleichenden und oxydierenden Heilmittels durchaus ungefährlich und überaus handlich und bequem gestaltete. Die Anwendung ist höchst einfach, indem ein wenig der Seife mit Wasser auf den zu behandelnden Hautstellen verschäumt wird.

Bei Akne und Rosazea gibt es wohl kaum ein wirksameres Mittel als diese Salbenseife.

Ehe ich das Kapitel Seifen schließe, möchte ich noch auf eine Seife hinweisen, die von UNNA[4]) empfohlen wurde und sich in langjähriger Praxis bewährt hat. Es ist die Gynokard- oder richtiger gesagt die Chaulmoograseife, welche in Form keratinierter Pillen sich als ein sehr

---

[1]) M. p. D., 1886, Nr. 8, S. 91 (Dr. W. H. MIELCK, Ungt. Kal. jodat.). — [2]) M. p. D., 1887, Nr. 11. — [3]) M. p. D., 1889, Bd. 29, S. 167. — [4]) M. p. D., 1900, Bd. 30, S. 139.

Digitized by Google

wirksames und gut verträgliches Mittel bei Lepra erwiesen hat. Zwei Erwägungen führten Unna zur Herstellung dieser Seife, die günstige Wirkung des Chaulmoograöles bei der innerlichen Darreichung einerseits und anderseits die Beobachtung, daß kaustisches Alkali als das wirksamste Antileprosum erkannt wurde. Die dauernde innerliche Anwendung des Öles führte nun aber meist nach kurzer Zeit zu Magenbeschwerden und veranlaßte eine Unterbrechung der Kur. So kam Unna auf die Idee, Alkali und Öl als Seife verbunden einzugeben, mit dem Erfolg, daß diese Seife in Form von Dünndarmpillen dauernd vertragen wurde und sich dadurch der Krankheitsprozeß sehr günstig beeinflussen ließ.

Wie ich schon zu Beginn meiner Ausführungen erwähnte, hat Unna sich nicht nur auf die Verbesserung der für ihn als Dermatologen besonders in Betracht kommenden äußeren Heilmethoden beschränkt, sondern auch wertvolle Anregungen und Arbeiten für die interne Medikation gegeben, zu denen ich als das wichtigste die Einführung der Dünndarmpillen rechne. Nahezu 40 Jahre sind verflossen, seit die ersten Versuche von Unna gemeinsam mit Apotheker Beiersdorf auf diesem Gebiete gemacht wurden[1]). Das Bedürfnis, Arzneimittel vor der Berührung mit dem Magensaft zu schützen, um sie unverändert im Darm zur Wirkung gelangen zu lassen, bzw. Störungen und Schädigungen gewisser Arzneimittel auf die Verdauungstätigkeit zu verhüten, bestand schon lange Zeit, und schüchterne Versuche, das Problem zu lösen, waren wohl auch gemacht, ohne daß ein greifbares Ergebnis erzielt worden wäre. Hierhin gehört z. B. das Überziehen der Pillen mit Kollodium. Unna ging, wie bei allen seinen Arbeiten, auch hier zielbewußt ans Werk und ließ sich von anfänglichen Mißerfolgen nicht abhalten. Gar bald erkannte er die Unzulänglichkeit eines einfachen Kollodiumüberzuges und fand in der Hornsubstanz, dem Keratin, einen geeigneten Stoff, Pillen gegen die lösende Tätigkeit der Magensäure zu schützen. Daß gerade diese Substanz für den gedachten Zweck die richtige war, haben die praktischen Erfahrungen von vier Jahrzehnten bewiesen und auch die eingehenden chemischen Forschungen, welche im Jahre 1909 Golodetz auf Unnas Veranlassung unternahm[2]). Mit der Wahl des Keratins war aber nur der erste Schritt zur Herstellung der Dünndarmpillen getan. Es zeigte sich bald, daß ein einfacher Keratinüberzug nicht genügte, da die Pillen durch die Hornschicht hindurch Feuchtigkeit aufnahmen, zu quellen begannen, platzten und zerfielen. Dagegen schützte auch ein vorheriger Überzug mit Kollodium nicht. Um dies zu verhindern, wurden die Pillen sodann erst mit einem Fettüberzug versehen und nachher keratiniert. Dies erwies sich als ein ganz wesentlicher Fortschritt in der Lösung der Frage und führte schließlich dazu, als Grundlage der Pillenmasse eine Fettmischung überhaupt zu wählen, bestehend aus neun Teilen Rindstalg und einem Teil Wachs. Mit dieser Grundmasse lassen sich fast alle gebräuchlichen Arzneimittel zu Pillen formen, unter Zusatz indifferenter Pulver, die nicht quellen dürfen. Es sind also pflanzliche Pulver und Stärke, ebenso auch Gummi möglichst auszuschalten und statt dessen zur

[1]) Verh. d. III. Kongr. f. innere Medizin, 1884; Pharm. Zbl., 1885, Nr. 45 u. 46. — [2]) M. Kl., 1900, Nr. 30.

Digitized by Google

Herstellung von Dünndarmpillen Kohlepulver, Bolus, Kaolin oder Terra silicea zu nehmen. Diese Fettpillen, in richtiger Weise mit Keratin überzogen, entsprechen allen gestellten Anforderungen. Sie passieren den Magen unzersetzt und zerfallen im alkalischen Darmsaft unter normalen Bedingungen alsbald. Es liegen so viele und vielseitige Erfahrungen über die Unnaschen Dünndarmpillen vor, daß die Richtigkeit der Idee und die Vorzüge dieser Darreichungsform nicht bezweifelt werden können. Um so mehr ist es zu verwundern, daß sich die Form der keratinierten Pillen nicht so eingebürgert hat, wie sie es in der Tat verdient. Meines Erachtens liegt dies einerseits in der Schwierigkeit der Technik, die vielleicht dazu geführt hat, daß die Ärzte nicht immer richtig zubereitete keratinierte Pillen erhalten haben und dadurch Mißerfolge bei dieser Verordnungsweise verzeichnen mußten, und andererseits daran, daß die Kliniker von vornherein sich den Unnaschen Ideen gegenüber ablehnend verhielten, weil sie eben von einem Dermatologen kamen und nicht aus den Kreisen ihrer engeren Berufskollegen. So ist auch nur das oberflächliche und absprechende Urteil zu erklären, welches seinerzeit Ewald über die keratinierten Pillen fällte, ein Urteil, welches sich aufbaute auf Versuche, die mit Pillen gemacht waren, welche überhaupt nicht nach Unnas genau angegebenen Vorschriften und Grundsätzen hergestellt waren. Den Ärzten ist anzuraten, der von Unna ausgearbeiteten Arzneiform wieder mehr und mehr Interesse zuzuwenden, so besonders bei Verordnung von Eisenchlorid und Arsen. Langjährige Erfahrungen haben gerade die Wirksamkeit dieser beiden gleich wichtigen und wirksamen Arzneistoffe in dieser Darreichungsform gezeigt. Auch für andere Arzneimittel, z. B. Quecksilberjodür und -jodid, dürfte sich die Darreichung in Form keratinierter Pillen besonders empfehlen.

Wenn sich die Besprechung der von Unna zur Einführung gebrachten neuen Arzneiformen etwas ausführlicher gestaltet hat, als ich eigentlich beabsichtigte, so kann ich mich hinsichtlich der vielen von Unna ersonnenen und benutzten Magistralformeln wesentlich kürzer fassen. Ich verweise zunächst auf eine früher an anderer Stelle gemachte diesbezügliche Veröffentlichung[1]), die eine Zusammenstellung der gebräuchlichsten Unnaschen Rezeptformeln enthält. Wie Unna bei Ausarbeitung der besprochenen Arzneiformen sich nicht mit einem Anfangserfolg begnügte, sondern unermüdlich weiterarbeitete und auf Vervollkommnung hindrängte, bis selbst den schärfsten Anforderungen genügt war, so haben sich auch die von ihm benutzten Formeln erst in langer Zusammenarbeit in der Praxis entwickelt. Man kann wohl sagen, daß eine jede dieser Formeln ihre eigene Geschichte hat. Eine große Zahl hat sich fest in den Arzneischatz eingebürgert und findet sich nicht nur in Lehrbüchern und wissenschaftlichen Werken, sondern auch in amtlichen Arzneibüchern. Das weist darauf hin, daß sie vielen Ärzten wertvolle Heilmittel von dauernder Bedeutung geworden sind. Ich rechne hierher die Formeln der Unnaschen Kieselgurpasten, der Pasta Zinci, Pasta Zinci sulfurata und Pasta Zinci sulfurata rubra. Sodann gehören hierher die verschiedenen zusammengesetzten Salben mit Chrysarobin, Resorzin und Pyro-

[1]) Pharm. Ztg., 1907, Nr. 53.

Digitized by Google

gallol, deren einfaches Mengenverhältnis sich leicht einprägt. Alle enthalten neben 5% der genannten Arzneistoffe 5% Ichthyol, 2% Salizylsäure und Vaseline 88%. Die Zusammensetzung der Unnaschen Glyzerinleime weist ähnliche einfache Mischungsverhältnisse auf, z. B. Zinkleim aus Gelatine 15, Zinkoxyd 15, Glyzerin 25, Wasser 45 Teilen. Die Wahl der Fette zu den verschiedenen Salben ist nie schematisch. Während die Ungt. composita mit Vaselin zubereitet werden, läßt Unna seine Pasten mit benzoiniertem Schweineschmalz, seine für den Kopf bestimmten Pomaden mit einem Gemisch aus pflanzlichem Öl (Ol. amygdalarum) und Kakaobutter herstellen. Diese Mischung ist für die Kopfbehandlung aus zwei Gründen ganz besonders geeignet:

1. schmilzt sie sehr leicht auf der Haut und läßt sich infolgedessen auf der Kopfhaut zwischen den Haaren leichter verteilen als irgend ein anderes Fett, und

2. läßt sie sich durch Waschen mit Seife viel besser und vollkommener wieder entfernen als das als Pomadengrundlage gänzlich ungeeignete Vaselin oder Lanolin bzw. Adeps lanae.

Vorschriften zu Hautpudern sind von Unna in großer Zahl angegeben, eingebürgert hat sich vor allen das Pulvis cuticolor[1]), bestehend aus Bolus rubra 2 1/2, Bolus alba 12 1/2, Magnes. carbon. 20, Zinc. oxyd. 25, Amylum 40. Erwähnen möchte ich sodann noch das Pulvis fluens Hydrargyri[2]), einen 33 1/3% metallisches Quecksilber enthaltenden Gleitpuder, der wohl berufen ist, bis zu einem gewissen Grade die Ungt. Hydrargyri zu ersetzen.

Die regen Bemühungen Unnas um die Einführung neuer Heilmittel, wie z. B. Ichthyol, Resorzin, Pyrogallol und vieler anderer, sind ja bekannt genug. Es ist aber wohl angebracht, auch an dieser Stelle darauf hinzuweisen, mit welch großem Erfolg er gerade auf diesem Gebiete tätig gewesen ist und welchen Nutzen nicht nur die Heilkunde, sondern auch die Industrie und die Pharmazie von seinen Bestrebungen gehabt haben. An anderer Stelle werden diese Arbeiten Unnas eingehender besprochen und gewürdigt werden. Seine Bemühungen um die Verbesserung der gebräuchlichen Salbengrundlagen führten ihn zu einer eingehenden Prüfung und Empfehlung des von der Norddeutschen Wollkämmerei empfohlenen Adeps lanae[3]) und später zum Euzerin[4]).

Man ersieht aus vorstehenden Ausführungen, die bei der Fülle des Materials nicht entfernt alle Arbeiten und Anregungen Unnas berücksichtigen konnten, wie ungemein befruchtend seine Tätigkeit auf dem Gebiete der Therapie und im Zusammenhang damit auf dem der Pharmakologie und Pharmazie gewesen ist. Als praktischer Apotheker, der in vielen Jahren gemeinsam mit Unna an seinen Zielen mitarbeiten konnte, war es für mich eine Ehrenpflicht, dies eingehend zu beleuchten und auf die Vorteile und Förderung hinzuweisen, welche durch Unnas Einfluß und Arbeiten die praktische Pharmazie erfahren hat.

---

[1]) M. p. D., 1898, Bd. 27. — [2]) Derm. W., 1915, Bd. 60. — [3]) M. p. D., 1895, Bd. 20, S. 27. — [4]) M. Kl., 1907, Nr. 42 u. 43.

Digitized by Google

Zeitschriftenwesen und Geschichte der Medizin.

Von

Iwan Bloch, Charlottenburg.

Unnas Bedeutung für das dermatologische Zeitschriftenwesen objektiv und zugleich in seinem ganzen Umfange zu würdigen, wäre unmöglich, wenn man nicht von vornherein den Begriff „Zeitschriftenwesen" bedeutend erweiterte und alle jene von dem Meister so erfolgreich betätigten Bestrebungen und Unternehmungen mit hinein bezöge, die die Förderung und allgemeine Verbreitung dermatologischen Wissens und Könnens nicht nur innerhalb der eng begrenzten Spezialistenkreise, sondern auch innerhalb der allgemeinen Ärzteschaft zum Gegenstand und die zweitens die Wechselwirkung und gegenseitige Befruchtung zwischen der deutschen und der ausländischen Dermatologie zum Ziele haben. In diesem Sinne war und ist Unna der Meister der unermüdlichsten und großzügigsten dermatologischen Propaganda, zu der nicht nur die „Monatshefte für praktische Dermatologie", sondern auch die „Dermatologischen Studien", der „Internationale Atlas seltener Hautkrankheiten", das Eintreten für und die Beteiligung an internationalen Kongressen, die „Dermatologische Preisaufgabe", die Gründung des „Dermatologikums" und die frühe Veranstaltung dermatologischer Fortbildungskurse gehören. Alles das zusammen eine wahrhaft imponierend einheitliche organisatorische Leistung, die auch ohne die sonstigen wissenschaftlichen und praktischen Arbeiten Unnas genügt hätte, um seinem Namen für immer in der Geschichte der Dermatologie einen hervorragenden Platz zu sichern. Allerdings bleiben die 1882 mit Hans v. Hebra und Oscar Lassar begründeten „Monatshefte für praktische Dermatologie" (seit 1912 in die „Dermatologische Wochenschrift" umgewandelt) das erste und feste Fundament, auf dem jene erwähnten Neubauten im Laufe der Jahre errichtet werden konnten, ein Fundament, als dessen einzigen „intellektuellen Urheber" sich Unna später öffentlich bekannt hat und das bis zum heutigen Tage immer noch das Gepräge seines organisatorischen und universellen Geistes erkennen läßt. Ohne die Bedeutung des älteren Organs, des „Archivs für Dermatologie", für die Entwicklung und den Ausbau der wissenschaftlichen Dermatologie irgendwie herabzusetzen, kann man doch wohl behaupten, daß erst die „Monatshefte" das allgemeine Interesse für die Dermatologie in Deutschland recht eigentlich geweckt und ihr zahlreiche Jünger und Liebhaber auch aus den Kreisen der allgemeinen Praktiker zugeführt haben, daß ferner der von Anfang an stark ausgeprägte internationale Charakter der „Monatshefte" (durch zahlreiche Beiträge amerikanischer, englischer, französischer, italienischer, russischer und skandinavischer Autoren sowie durch die umfassende Berichterstattung über die gesamte dermatovenereologische Weltliteratur) die Berührung und den Zusammenschluß aller Dermatologen der Kulturländer ungemein gefördert und die For-

Digitized by Google

schungen der hervorragendsten ausländischen Autoren in Deutschland bekannt gemacht hat. In dieser Beziehung war es ein nicht zu unterschätzendes Verdienst Unnas, daß er durch die Wahl des vortrefflichen Taenzer zum Leiter des Referatenteils den „Monatsheften" im In- und Ausland den Ruf des bestredigierten, referierenden Zentralblatts unter allen bestehenden Zeitschriften verschaffte.

Inhaltlich liegt aber, wie ich dies schon vor Jahren in meiner „Geschichte der Hautkrankheiten" hervorgehoben habe, die Bedeutung der „Monatshefte für praktische Dermatologie" darin, daß sie als das Hauptorgan der biologisch-naturwissenschaftlichen Dermatologie betrachtet werden müssen, daß entsprechend den Forschungsmethoden Unnas keine andere dermatologische Zeitschrift so konsequent und systematisch Physik, Chemie, Bakteriologie, überhaupt die exakt biologischen Wissenschaften als Grundlagen für eine genauere Erforschung der physiologischen und pathologischen Elementarphänomene der Haut herangezogen und so erfolgreich für den Zusammenhang zwischen Histologie und Diagnostik einerseits und Histologie und Therapie andererseits verwertet hat. So wurde in dieser Zeitschrift nach Unnas Ausspruch des Spezialisten höchstes Ideal verwirklicht: von seinem Fache aus der allgemeinen Medizin reife und wertvolle Früchte zurückzugeben und sich damit ihres Dankes zu versichern.

In Verbindung mit den „Monatsheften" als Ergänzungshefte derselben haben die „Dermatologischen Studien" (22 Hefte von 1886—1912) und die „Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten" (7 Hefte von 1892—1908) der gleichen Idee einer Begründung der Dermatologie als eines Zweiges der exakten Naturwissenschaft gedient.

Im Geleitwort zum 50. Bande der „Monatshefte" hebt Unna hervor, daß die Mitarbeit ausländischer Autoren an seiner Zeitschrift, die internationalen dermatologischen Kongresse, die Herausgabe des „Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten" und der Schätze des Museums Baretta, die persönliche Bekanntschaft deutscher und ausländischer Autoren ein verständnisvolles Zusammenarbeiten aller Dermatologen der Welt zur Folge gehabt haben.

Die Anregungen, die Unna in allen diesen Beziehungen gegeben hat, sind, abgesehen von der oben schon erwähnten Heranziehung ausländischer Autoren für die „Monatshefte" und „Studien", besonders für die Ausgestaltung der dermatologischen Ikonographie und für die Reform der dermatologischen Kongresse von größter Bedeutung gewesen.

In Konsequenz seiner Anschauung, daß gerade in der Dermatologie der lebendige, individuelle Einzelfall mehr wert sei als das Schema, der Typus, welche Anschauung sicher auch dereinst bei der Reform des allgemeinen medizinischen Unterrichts eine ausschlaggebende Rolle spielen wird, hat Unna unter dem Eindrucke des Studiums des berühmten Musée Baretta seinen „Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten" (seit 1890) herausgegeben, ein Unternehmen, das „den Schatz seltener Fälle zugleich in allen zivilisierten Ländern heben und mittels eines dreisprachigen, internationalen Atlasses den Fachkollegen aller Länder gleichzeitig zugänglich machen" sollte. Es ist ihm dies dank der Unterstützung von Duhring (Philadelphia), Leloir (Lille), Malcolm

Digitized by Google

Morris (London) in vorbildlicher Weise gelungen. Alle späteren Unternehmungen dieser Art sind ohne den Fortschritt, den der Atlas Unnas vor 30 Jahren inaugurierte, nicht denkbar. Was die französische Übersetzung von Kaposis Lehrbuch der Hautkrankheiten durch Besnier und Doyon; das hat auch Unnas Atlas in gleichem Maße für die internationale Verständigung über die schwierigen terminologischen und klinischen Fragen geleistet.

Entsprechend der im Atlas vertretenen Auffassung hat Unna stets die Vorführung seltener und seltenster Krankheitsfälle und den freien Gedankenaustausch vor diesem Material als die Hauptaufgabe nationaler und internationaler Dermatologenkongresse bezeichnet. Und zwar muß nach ihm dieses Lehrreichste und allein wirklich Überzeugende, die Demonstration, mit der Tagesordnung in einem organischen Zusammenhang stehen. Außerdem aber sollen stets zwei oder drei freie Nachmittage für zahlreiche Demonstrationen von seltenen, paradoxen, etikettelosen Fällen verwendet werden, die durch privates Studium und darauffolgende öffentliche Diskussion geklärt werden. Nur so, nicht durch noch so schöne Reden ist nach Unna eine Verständigung über strittige Fragen zu erreichen.

Aus dem gleichen Grunde erkannte Unna als einer der ersten in Deutschland, ja in Europa, den Wert dermatologischer Fortbildungskurse, die, seit 1886 bestehend, 1901 in dem von ihm begründeten „Dermatologikum" eine Heimstätte fanden und die im Verein mit der seit 1891 jährlich gestellten „Dermatologischen Preisaufgabe" zahlreichen Ärzten des In- und Auslandes Gelegenheit zum Studium der Dermatologie und zur praktischen Arbeit in allen ihren Disziplinen gaben, bei jenem regulären Wechsel zwischen Laboratoriumsarbeit und Unterricht, wie er Unna als einzig ersprießlich erscheint, um die Wissenschaft beständig im Flusse zu erhalten.

Seit 40 Jahren ist von Unna auf allen großen internationalen Kongressen, in vielen Versammlungen deutscher Naturforscher und Ärzte die Überzeugung öffentlich vertreten worden — mit glänzendster Begründung wohl in der schönen Rede über die „Dermatologie in ihrem Verhältnis zur Gesamtmedizin" in der 4. allgemeinen Sitzung des internationalen medizinischen Kongresses in Washington —, daß „jeder praktische Arzt ein großes, ein ideelles Interesse daran hat, daß die Dermatologie in einer viel intensiveren und extensiveren Weise als bisher, von möglichst zahlreichen Kräften gepflegt werde, daß die junge Tochter der Medizin solch besonderer Aufmerksamkeit und Fürsorge wert ist und ihrer Mutter die aufgewendete Mühe sehr bald und reichlich vergelten wird". Deshalb hat Unna schon früh die Schaffung besonderer dermatologischer Lehrstühle und Kliniken gefordert und ebenso frühzeitig das Ideal von dermatologischen Forschungsinstituten aufgestellt, an denen eine Assoziation von Spezialisten auf den verschiedenen Teilgebieten der Dermatologie in harmonischer Zusammenarbeit und beständiger Wechselwirkung unter Ersparung ungeheurer Zeit- und Energieverluste das dermatologische Wissen in beschleunigterem Tempo und in viel umfassenderer Weise fördern würde, als dies bisher möglich war.

So bahnbrechend Unnas eigenes Schaffen in allen Zweigen der Dermatologie gewesen ist, mit so vielen neuen und originellen Gedanken er

Digitized by Google

diese auch befruchtet hat, ebenso tief war auf der anderen Seite sein Respekt vor dem guten Alten, ebenso groß seine unbedingte Anerkennung und Beachtung der geschichtlichen Entwicklung. Das schöne und zutreffende Wort Julius Rosenbaums, daß künftig die großen Spezialisten die besten Geschichtsschreiber der Medizin sein würden, daß nur sie imstande wären, dank ihrem genialen Blick innerhalb des immer unübersehbarer werdenden Gewirres der Einzelforschungen die großen, einfachen Richtlinien der Entwicklung und die immanenten Zusammenhänge der einzelnen Epochen aufzufinden, dieses Wort findet eine glänzende Bestätigung bei Unna. Seine „Geschichte des Ekzems", die das schwierigste Problem aus der Geschichte der Dermatologie behandelt, wird für alle Zeit vorbildlich bleiben durch die plastische Herausarbeitung der großen, wesentlichen Etappen in der Entwicklung des Ekzembegriffes seit Willan und durch die scharf kritische, dabei aber einfache, ungezwungene Beweisführung. Dem Hauptergebnis können wir nur zustimmen, daß Rayer der eigentliche Schöpfer des modernen Ekzems ist, weil er zuerst uns die genaue Schilderung des chronischen Ekzems an den verschiedensten Körperteilen gegeben hat, mit Heranziehung diverser unter anderen Namen bekannter und in ihrer Isolierung bis dahin unverstandener Krankheitsbilder und unter Ausschließung der von Willan als „Ekzem", von Biett und Hebra als „akutes Ekzem" beschriebenen artifiziellen Hautentzündungen. Ebenso ist Unnas Darstellung der späteren Geschichte des Rayerschen Ekzems bis zur Gegenwart, bis zur neuen Grundlegung der Ekzemlehre durch die Entdeckung des seborrhoischen Ekzems, von durchsichtiger Klarheit und erweckt in jedem Leser den Wunsch, daß der Meister die schwierige, aber vielleicht nur von ihm lösbare Aufgabe einer allgemeinen „Geschichte der Hautkrankheiten" oder wenigstens einer „Geschichte der modernen Dermatologie" in Angriff nehmen und vollenden möge.

Mit demselben historischen Scharfblick hat Unna schon früh den springenden Punkt in der historischen Syphilisforschung erkannt und ihn in seiner eingehenden und jeden Sachkenner überzeugenden Kritik des Werkes von Proksch „Die Geschichte der venerischen Krankheiten. Erster Teil; Altertum und Mittelalter", mit folgenden Worten (vgl. Monatshefte, 1895, Bd. 20, S. 443) bezeichnet: „Mir scheint, daß die zukünftige Syphilisforschung hauptsächlich die Frage zu erörtern haben wird, ob diese sporadischen Nachrichten kurz ante bellum italicum einer Art sind mit den Nachrichten des ganzen Altertums und Mittelalters, die nur mit einem gewissen Zwange auf Syphilis bezogen werden können, und ob sie mit diesen also eine Reihe bilden, oder ob hier, wie es mir — gegenüber Proksch — wahrscheinlicher vorkommt, die Anfänge einer neuen Krankheit gezeichnet sind."

Als ich dann in meinem Werke „Der Ursprung der Syphilis" (erster Teil 1901; zweiter Teil 1911) diese Frage einer eingehenden kritischen Prüfung unterwarf, hat Unna den Fortgang dieser Untersuchung mit großem Interesse und sachverständigem Rate begleitet und ihrem Ergebnis, daß die Syphilis als eine neuzeitliche Krankheit der alten Welt zu betrachten ist, in seinen beiden Referaten beigestimmt, ohne durch

Digitized by Google

Sudhoffs meine wesentlichen Argumente ignorierenden Angriffe in dieser Überzeugung erschüttert zu werden, wie dies auch bei allen denkenden und historisch interessierten Dermatologen wie A. Blaschko, A. Fournier, Jul. Heller, E. Lesser, A. Neisser u. a. der Fall ist. Auf wie schwachem Grunde Sudhoffs Kritik ruht, das hat erst kürzlich die erste Nachprüfung seiner Behauptungen durch Alfred Martin gezeigt. Unna hat jedenfalls neben Carl Binz das Verdienst, die wichtige Frage kritisch gestellt und ihre Lösung im Sinne des neuzeitlichen Ursprungs der Syphilis angeregt zu haben.

Von sonstigen geschichtlichen Arbeiten Unnas sind noch zu nennen diejenigen über die Plasmazellen (1903), über Rosacea (1907), über „Hautkrankheiten im Volksmunde" (1909) und endlich die unter dem Titel „Ein typischer Fall von Papierwissenschaft" erschienene geistvolle Abhandlung über die Zaraath der Bibel, die Unna nicht als wirkliche Krankheit, geschweige denn wirklichen Aussatz, sondern als bloßes „Tabu", als gefürchtetes Machtmittel in den Händen der Theokratie betrachtet. Ich kann mich trotz der bestechenden Beweisführung dieser Auffassung nicht anschließen und muß an meiner im „Ursprung der Syphilis" (2, 486—493) ausführlich begründeten Ansicht festhalten, daß die Zaraath der Bibel doch im wesentlichen die echte Lepra gewesen ist.

Auch die Nekrologe (z. B. auf Auspitz, Brooke, Taenzer) und viele seiner zahlreichen durch lichtvolle Klarheit, Vollständigkeit und Sachlichkeit ausgezeichneten Referate sind von der höheren Warte objektiver Geschichtsbetrachtung geschrieben, von dem taciteischen sine ira et studio diktiert. Die Bücher, über die er berichtet, hat Unna Seite für Seite gelesen, durchgearbeitet und sich geistig so zu eigen gemacht, daß er imstande ist, ihren ganzen Inhalt erschöpfend dem Leser zu vermitteln, alle wesentlichen Gesichtspunkte hervorzuheben und mit der Kritik stets neue Fragestellungen und Hinweisungen auf neue Aufgaben zu verbinden. So dient jede Besprechung dem Fortschritt der Wissenschaft. Als Musterbeispiele seien genannt die Referate von H. v. Hebra „Die krankhaften Veränderungen der Haut", Philippson und Török „Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten", Duhring „Cutaneous Medicine", Bloch „Die Prostitution. Erster Band".

Endlich zum Schluß noch ein Hinweis und ein Wunsch. Die universelle Geistesart Unnas, die von jeher auch in Kunst und Philosophie sich aus angeborener Neigung erfolgreich betätigte, leuchtet uns auch aus allen seinen medizinischen Schriften entgegen, die in ihrer wunderbar einfachen und klaren, anmutig dahinfließenden Sprache oft an einen anderen Meister des Stils erinnern, an Virchow. Bei beiden wird man vergebens einen trivialen Ausdruck suchen. Stets wird die Sache mit dem einfachsten und treffendsten Wort bezeichnet, das Ganze unter höheren allgemeinen Gesichtspunkten zusammengefaßt. Aus der Feder solcher Meister wünscht man „Lebenserinnerungen" zu empfangen. Virchow hat sie uns leider nicht gegeben. Möge Unna in der hoffentlich noch recht langen vor ihm liegenden Lebenszeit die Muße finden, diese Erinnerungen niederzuschreiben und damit sein gewaltiges Lebenswerk in würdigster Weise zu krönen.

Digitized by Google

Die wichtigsten Schriften von P. G. Unna[1]).

I. Bücher und Zeitschriften.

1882. 1. Monatshefte f. Prakt. Dermatologie, Dermatologische Wochenschr.
1883. 2. Entwicklungsgeschichte u. Anat. d. Haut. Hdb. Ziemssen.
1885. 3. Leprastudien. Ergänz. z. M. P. D.
1886. 4. Dermatol. Studien. Ergänz. z. M. P. D.
1891—99. 5. Internationaler Atlas selt. Htkr.: Ulerythema acneiforme, Parakeratosis scutularis, Leukonychia u. Leukotrichia, Asphyxia reticularis multiplex, Carcinoma serpiginosum multiplex, Lichen annularis unnivers. Leop. Voss, Leipz.
1892—1913. 6. Arbeiten aus U.s Klin. B. K. W., D. M.-Z.
1894. 7. Die Histopathologie d. Htkrkhtn. Hirschw., Berlin (Engl. 1896).
1896—1910. 8. Histolog. Atlas z. Pathol. d. Ht. u. Histotechn. d. leprös. Ht. L. Voss.
1899. 9. Allgem. Therapie d. Htkrkhtn. Urb. & Schwarzenb. (Poln., französ.).
1901. 10. Diagn. u. Bhdlg. v. Htkr. d. d. pr. Arzt. Dtsch. Klin. 20. Jahrh.
1903. 11. Path. u. Ther. d. Ekzems. Hölder, Wien.
1906. 12. Derm. Jahresber. Bergm., Wiesb.
1913. 13. Biochemie d. Ht. Fischer, Jena.
1916. 14. Cignolin als Heilmittel d. Psoriasis. D. W. Erweit.
1917. 15. Kriegsaphorismen eines Dermatologen. 2. Aufl. Hirschw., Berlin.

II. Aufsätze in Zeitschriften.

Anatomie und Physiologie.

1876. 1. Beitr. z. Histol. u. Entw.-Gesch. d. menschl. Oberh. u. ihr. Anhangsgebilde. Diss. A. mi. An.
2. Üb. d. norm. Zungenoberfl. u. d. norm. Zungenbelag. V. D.
3. Anat.-physiol. Vorstudien z. e. künft. Onychopathologie. Ebenda.
4. Z. Theorie d. Drüsensekretion, insbes. d. Speichels. Zbl. med. Wiss.
1882. 5. Üb. d. Keratohyalin u. s. Bedeut. f. d. Proz. d. Verhornung. M. P. D.
6.—9. Nervenendigung in d. menschl. Ht., Lymphbahnen, Muskel-, Fettgewebe. M. P. D.
10. Krit. u. Historisches üb. d. Lehre v. d. Schweißsekretion. Schmidts Jahrb. d. ges. Med. (Engl. 1881).
1883—87. 11.—14. Anat. d. Ht., Kern- u. Zellteilg., Pigment, elast. Gewebe. M. P. D.
1888—89. 15. Fortschritte d. Hautanatomie in den letzten 5 Jahren. M. P. D.
1889. 16. Zwei vergessene Arbeiten. D. St.
1890. 17. Die insensible Perspiration d. Haut. Kgr. inn. M., D. M.-Z. usw.
1895. 18. Neuere Protoplasmatheorien u. das Spongioplasma. D. M.-Z.
1895 u. 98. 19.—20. Fettfunktion d. Knäueldrüsen. D. M.-Z. (Engl., Franz.)
1896. 21.—22. Lochkerne, Haar als Rassenmerkmal. D. M.-Z.
1897. 23. Wesen d., normalen u. pathol. Verhornung. M. P. D. (u. Ital.).
1903. 24. Neue Tatsachen a. d. feineren Anat. d. Oberhaut. D. M.-Z.
1907—08. 25. Neue Studien über die Hornsubstanz I. u. II. M. P. D.
1908. 26. Zusammensetzung u. Bedeutung d. Hornsubstanzen. M. K.
1909. 27. Verhornung. M. K.

---

[1]) Abkürzungen: Mon. Pr. Derm. = M. P. D., Derm. Stud. = D. St., Arch. f. Derm. u. S. = A. D. S., Viertelj. Derm. u. S. = V. D., Dtsch. Med. Woch. = D. M. W., Dtsch. Med.-Ztg. = D. M.-Z., Berl. Kl. W. = B. K. W., Berl. Klinik = B. K., Med. Klin. = M. K., Virch. A. = V. A., Derm. Zs. = D. Z., Ther. d. Geg. = T. G., Ther. Mon. = T. M., Pharm. Zentralhalle = Ph. Z., Arch. f. mikrosk. Anat. = A. mi. An., Biochem. Zs. = B. Z., Fortschr. d. Med. = F. M., Umschau = U., Enzyklop. = E.

Digitized by Google

Pathologische Anatomie.

1877—78. 1.—2. Initialsklerose. V. D.
1877. 3. Sitz d. Pocke u. Pockenprozeß. V. A.
1878. 4. Blasenbildung. V. D.
5. Papulo-pustulöses Exanthem bei Diphtheritis septica. V. D.
1879. 6. Fibrokeratom. Dtsch. Zs. f. Chir.
1880. 7. Impetigo contagiosa. V. D.
8. Woraus besteht d. schwarze Punkt d. Comedonen? V. A.
9. Ultramarin in den Talgdrüsen. Zbl. med. Wiss.
1882—83. 10. Neuere Arb. z. Pockenhistologie. M. P. D.
1887. 11. Urticaria simplex u. pigmentosa. D. St.
1891. 12. Plasmazellen, insbes. beim Lupus. M. P. D.
1892. 13. Einfluß d. Quecksilbers a. d. papulöse Syphilid. B. K. W.
14. Unterschiede zw. Impetigopustel u. Ekzembläschen. M. P. D.
1892—93. 15—16. Üb. d. Bedeut. d. Plasmazellen f. d. Genese d. Geschwülste d. Ht., der Granulome u. anderer Htkr. — Gegenbem. B. K. W.
1893. 17. Nävi u. Nävokarzinome. B. K. W.
18. Hyaline Degen. d. Karzinomepithelien. D. Z.
1895. 19. Plasmazellen. Antikrit. u. Methodologisches. M. P. D.
20. Säure Kerne. D. M.-Z.
21. Phlyktaenosis streptogenes. Ebenda.
22. Purpura senilis. Ebenda u. Wien. Med. Presse. (Franz. 1896.)
1895 usw. 23. Furunkel., Impetigo usw. R.-E.
1896. 24. D. Einwanderungswege d. Staphylokokken in d. menschl. Ht. D. M.-Z.
25. Pustulosis staphylogenes. Ebenda.
26.—27. Elacin. Ballonier. Degeneration. D. M.-Z.
1896—97. 28. Epitheliale Abkunft (Natur) der Nävuszellen. V. A., D. M.-Z.
1897 u. 1900. 29.—30. Aktinomykose u. Madurafuß. D. M.-Z., M. P. D.
1898. 31. Htveränd. nach Durchleucht. m. Röntg. D. M.-Z.
1899. 32. Infiltration od. Akanthose? M. P. D.
1902. 33. Schaumzellen. D. M.-Z.
1903. 34. Hyalin u. Bazillenhüllen i. Rhinoskleromgewebe. D. M.-Z.
1904. 35. Chron. Röntgendermatitis d. Radiologen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr.
36. X-Zellen d. spitz. Kondyloms. M. P. D.
37. X-Zellen d. Karzinoms. D. M.-Z.
1905. 38. Pseudoparasiten d. Karzinome. Zs. f. Krebsf.
39. Einschluß v. Elastin u. Elacin in d. Epithel u. Elacinbefund bei d. Gilchristschen Krkht. M. P. D.
1908. 41. Analyse d. Hthörner. M. P. D.
1910. 42. Granuloma fungoides. V. A. (Engl. 1911.)
1912. 43. Psoriasis. R.-E.
1913. 44. Herkunft der Plasmazellen. V. A.

Allgemeine Anatomie und Pathologie.

1883. 1. Überhäutung u. Überhornung. B. K. W.
1889—90. 2. Vorlesungen üb. allg. Pathol. d. Ht. M. P. D.
1889. 3. Die nicht entzündlichen Ödeme d. Ht. M. P. D.
1893. 4. Entzündung u. Chemotaxis. B. K. W. (St. Louis J.)

Färbetechnik.

1883. 1. Histol. Verwend. d. Wasserstoffsuperoxyds. M. P. D.
1886. 2.—3. Glastrichter z. Auswaschen. Zerstreuende Diaphragmen. M. P. D.
4. Neue Darstellungsmethode d. elast. Gewebes d. Ht. M. P. D.
5. Alte Vorschr. z. e. guten Karminlös. M. P. D.
1887. 6. Erzeug. v. Vesuvin i. Gewebe u. Metaphenylendiamin als Kernfärbemittel. M. P. D.
7. Weit. Versuche, Farben auf d. Gewebe zu erzeugen, u. d. chem. Theorie d. Färbg. A. mi. An.
8. Die Rosaniline u. Pararosaniline. D. St. Berichtig. Chem.-Zt.

Digitized by Google

1890—91. 9. Tänzersche Orceinfärb. d. elast. Gewebes. M. P. D.
1891. 10. Färb. d. Mikroorganism. i. Horngewebe. M. P. D.
11. Waldeyersche Plasmazellen u. Ehrlichsche Mastzellen. M. P. D.
12. Reifg. uns. Farbstoffe. Zs. wiss. Mikr.
1893—95. 13.—33. Nachweis d. Fibrins, Färb. d. Rotzbaz. usw., Natürl. Reinkult. d. Oberhautpilze, Spezif. Färb. d. Kollagens, Färb. d. Epithelfasern, Protoplasmafärb. u. Bindegewebszellen, Spezif. Färb. d. Epithelprotoplasmas, der Mastzellenkörnung, Elastin u. Elacin, Basophiles Kollagen, Kollastin u. Kollacin, Spez. Färb. d. glatt. Muskelfasern, Hyalin u. Kolloid i. bindegeweb. Abschn., Darstell. d. Hyalins, Keratohyalin, Darstell. d. Fibrins, Spez. Färb. d. Mucins, Z. Kenntn. d. Kerne, Färb. d. roten Blutk. u. d. Pigm., Verwend. v. Anilinmischungen z. tinktor. Isolier. v. Gewebselementen, Färb. d. Mikroorganismen i. d. Ht. (Ausschluß d. Hornorganismen). M. P. D.
1895. 34. Tinktorielle Präokkupation u. subtraktive Tinktion. Zs. wiss. Mikr.
1898. 35. Nachweis d. Fettes durch sekundäre Osmierung. M. P. D.
1900—01. 36.—38. Celloidinum inelasticum, Celloidin. inelast. u. Collodium elasticum. Glastinte aus Gelanth. M. P. D.
1902. 39.—40. Plasmazellen. Kollagen. E. mi. Techn.
41. Unsere Färberezepte. M. P. D.
42. N. Unters. üb. Kollagenfärb. M. P. D.
43. Modifikation d. Pappenheim-Färb. M. P. D.
44.—45. Anwendungskreis u. Resultate d. neuen, von mir modifizierten Papp.-Färb. D. M.-Z. — Ä. Ver. Hbg.
46.—47. Die Almkvistschen Plasmazellen. — Antwort. M. P. D.
1903. 48. N. Darstell. d. Epithelfasern u. die Membran d. Stachelzellen. M. P. D.
49. Färb. d. Spongioplasmas u. d. Schaumzellen. M. P. D.
50. Differentialdiagnose zw. Hyalin u. Bazillenhüllen. M. P. D.
51. Glyzeräther. E. mi. Techn.
1904. 52. Wirksame Bestandteile d. polychrom. Methylenblaulösung u. Verbess. d. Spongioplasmafärb. M. P. D.
1905. 53. Darstell. d. sauren Kerne i. norm. u. path. Gewebe. M. P. D.
1910. 54.—55. Granoplasma. Spongioplasma. E. mi. Techn.
1912. 56. Verbess. d. Färb. durch Fix. m. Chlorzink. M. K.
1914. 57. Gute Doppelfärb. f. gewöhnliche u. saure Kerne. Zs. wiss. Mikr.
1917. 58. Die Rosaniline u. Pararosaniline. D. W.
1918. 59. Vergleichende Tot-Lebend-Färb. D. W.
1919. 60. Thiazinrot. D. W.

Bakteriologie.

1886. 1. N. Art erstarrten Blutserums, Blutserumplatten. M. P. D.
1888. 2. Entwicklung der Bakterienfärb. Zbl. Bkt.
1891. 3. Dampftrichter. Ebenda.
4. N. Methoden z. tinkt. Isolier. v. Bakterien. B. K. W.
1892. 5. D. Streptobazillus d. weich. Schankers. M. P. D.
6. Bakterienharpune. Zbl. Bkt.
1895. 7. Verschied. Phasen d. Streptobac. ulc. mollis. M. P. D. (Ital., Franz.)
8. Immunität d. Knäueldrüsenapparates gegen Eiterkokken. D. M.-Z.
1899. 9. Meine bisher. Befunde üb. d. Morokokkus. M. P. D.
10. Impetigo vulgaris. M. P. D.
1900. 12. Versuch e. botan. Klassifikation d. b. Ekzem gefund. Kokkenarten. M. P. D.
13. Ätiol. Bedeut. d. b. Ekzem gefund. Kokken. M. P. D.
14. Parasitäre Natur des Ekzems. D. M.-Z., Wien. Kl. Rds.
1901. 15. Feinere Struktur d. Kokken. D. M.-Z.
1919. 16. Verbess. Darstell. d. Streptobazillus d. w. Schankers. D. W.

Mykologie.

1880. 1. Mykolog. Beiträge. V. D.
1888. 2. Züchtung d. Oberhautpilze. M. P. D.
1888—92. 3. Flora dermatologica. M. P. D.
1892. 4. Drei Favusarten. M. P. D. (Engl. Br. J. D.)

Digitized by Google

1892. 5. Untersuchungstechnik auf Hyphomyzeten. Zbl. Bkt.
1893. 6. D. bisher bekannt. 9 Favusarten. M. P. D.
7. Krit. Bem. z. Pleomorphismus d. Achorionarten. M. P. D.
1895. 8. Zwei Fälle v. Piedra nostras. Festschr. Lewin. Karger, Berlin.
9. Piedra nostras. D. M.-Z.
1897. 10. Züchtg. u. Pluralität d. Trichophytonpilze. M. P. D. (Franz. Clerm.)
11. Trichophytie u. Favus. D. M.-Z. (Engl. St. Louis.)

Lepra.

1885. 1.—3. Heilung e. Falles v. Lepra tuberosa, Färb. d. Leprabaz., Histol. d. leprös. Ht. Leprastud.
4. Üb. Leprabazillen. M. P. D.
5. Fall geheilt. Lepra tub. Kgr. inn. M.
1886. 6.—7. D. Leprabaz. in ihr. Verhältn. z. Htgewebe. Lutz, Morphol. d. Leprabaz. D. St.
8. Wo liegen die Leprabaz.? D. M. W.
9. D. Bazillenklumpen d. Leprahaut sind keine Zellen. V. A.
10. D. feinere Struktur d. Leprabazillus. M. P. D., S. 404.
11. Histol. u. Ther. d. Lepra. M. P. D. S. 309.
1887. 12. Some Observ. up. the Ther. of Lepra. Journ. Cut. Dis.
1889. 13. Tinkt. Verhältn. d. Leprabaz. F. M.
14. Neurosyphilide u. Neurolepride. D. St. (Franz. Clerm.)
1890. 15. On the Micro-Organisms of Leprosy. Dublin J. M. Sc.
1891. 16. N. Färbemethode f. Lepra- u. Tuberkelbazillen. M. P. D.
1893. 17. N., einzeit. Doppelfärb. f. Lepra- u. Tuberkelbazillen. M. P. D. (Sheff. J.)
1896. 18. Fettgehalt d. Lepra- u. Tuberkelbazillen. D. M.-Z.
19. Verschied. Knotenformen d. Lepra. D. M.-Z.
1897. 10. Behandlung d. Lepra. D. M.-Z. (St. Louis J.).
1898. 21. Zusammensetzung d. Leprabazillen-Schleims. M. P. D.
1900. 22. Gynokard- (Chaulmoogra-) Seife gegen Lepra. M. P. D.
1902. 23. Lokaltherapie d. Lepra. T. G.
1906. 24. Pathol. u. Therapie d. Lepra. M. P. D. (Franz., Span.)
1907. 25. Bem. zu: Deycke, Nastin bei Lepra. M. P. D.
1909. 26. Unterscheidung lebender u. toter Leprabazillen durch Doppelfärb. M. K.
1911. 27. Kann man das Absterb. d. Leprabaz. i. menschl. Körp. nachweisen? M. K. (Ann. D.)
28. Réponse à T. Ann. D.
1912. 29. Typischer Fall v. Papierwiss. „Lepra".
1914—19. 30. Materialsammlung f. e. künft. Bearbeit. d. Lepraätiol. Hbg. med. Überseehft.
1920. 31. Behandlung u. Heilung d. Lepra. Im Erschein. begriffen.

Klinisches.

1878. 1. Albuminurie währ. d. Styraxeinreib. Krätziger. V. A.
1880. 2. Molluscum contagiosum. Arch. kl. M.
1881. 3. Kreisfleckige Exfoliation d. Hohlhand u. Zunge. V. D.
1882. 4. Mundaffektion bei Lichen ruber. M. P. D.
5. Beitr. z. Onychopathologie. V. D.
1883. 6. Keratoma palm. et plant. hered. V. D.
7. Neuere amerik. Arb. üb. Akne. M. P. D.
8. Herpes progenitalis. J. Cut. Dis.
1884. 9. Klin. u. Ther. d. Lichen ruber. Pet. M. W. (Engl. Philad.)
10. Ekzem i. Kindesalter. D. M.-Z.
1885. 11. Stauungsdermatosen d. Unterschenkels u. ihre Bhdlg. D. M.-Z.
1886. 12. Wesen d. Arzneiexantheme. Kgr.
13. Lichenfrage. M. P. D.
1887. 14. Was wissen wir von der Seborrhoe? M. P. D.
15. Das seborrhoische Ekzem. M. P. D. (J. Cut. D.)
1888. 16. Die postekzematöse Furunkulose. M. P. D.
17. Sykosis. M. P. D.
18. Pariser Briefe. M. P. D.

Digitized by Google

1888. 19. Ekzema seborrhoicum. M. P. D.
20. Syphilis u. Ekzema seborrhoicum. M. P. D. (Kongr. Washingt.)
1889. 21. Duhringsche Krkht. u. e. neue Form derselben. M. P. D.
22. Ulerythema sycosiforme. M. P. D.
23. Verschied. Formen d. Sykosis u. e. neue Art derselben. D. M.-Z. (St. Louis.)
1890. 24. Parakeratosen i. allg. u. e. neue Form (Parakeratosis variegata). M. P. D.
25. Erkrankungen d. Schleimdrüsen d. Mundes. M. P. D.
26. Natur u. Bhdlg. d. Ekzems. B. K.
27. Wesen d. Arzneiexantheme. M. P. D.
1891. 28. Ulc. rodens. M. P. D.
1892. 29. Impetigo Bockhart. B. Klin. (St. Louis.)
1893. 30. Das seborrhoische Ekzem. Klin. Vortr. (Franz., J. d. Mal. Cut., 1894.)
31. Diaskopie d. Htkrkhtn. B. K. W.
1894. 32. Hand- u. Fingerekzeme i. d. Armenpraxis. (Engl. Med. Ann.)
1899. 33. Impetigo vulgaris u. Impetigo circinata. D. M.-Z.
1900. 34. Diagnose d. Frostbeulen. M. P. D.
35. Fall von idiopathischer, diffuser, progressiver Hautatrophie. Festschr. Neumann. Deuticke, Wien u. Leipz.
1901. 36. Diagnose u. Bhdlg. d. Pemphigus vulg. chron. T. G.
1902. 37. Geschichte des Ekzems in England im 19. Jahrh. D. M.-Z. (Engl. B. J. D. Franz. Le Mans.)
1904. 38. Das Rhinophym. D. M.-Z. (Russ., Pr. Wr.)
39. Alopecia areata. Enz. d. Hyg.
1906. 40. Neuere Erfahr. u. Anschauungen üb. Psoriasis. M. K.
1907. 41.—42. Akrodynie, Ainhum. R.-E.
42. Cutis verticis gyrata. M. P. D. (Russ. 1909.)
43. Rosacea. M. K. (Rev. pr., J. russe.)
1908. 44. Fall v. Dariers Krankheit. Hbg. Staatskr.
45. Akne. M. K.
1916—17. 46. „Pseudoskabies". Hbg. Ä.-Korr., M. P. D.

Therapie.

1880. 1. Der Salbenmullverband. B. K. W.
1881. 2. Therapeut. Verwend. v. Salben- u. Pflastermullpräparaten. B. K. W.
3. Bhdl. v. Narben. Ver. Schlesw.-H. Ä.
4. Kurze Anweis. z. Gebrauch d. Salben- u. Pflastermulle. Fischer, Kassel.
1882. 5. Heilung d. Lichen ruber ohne Arsenik. M. P. D.
6. Bhdlg. d. Gesichtsrose m. inn. Mitteln. M. P. D.
7. Torfmull als Verbandmittel. M. P. D.
8. Heilung v. Warzen u. Feigwarzen ohne Schnitt u. ohne Ätzung. M. P. D.
9. Guttaperchapflastermulle. M. P. D.
10. D. medikamentöse Äther- u. Alkoholspray. B. K. W.
11. Die Mullschärpe, e. Universalsuspensor. D. M. W.
12. Die neuesten derm. Verbandmittel. Vortr., Kiel.
1882—83. 13. Aphorismen üb. Schwefeltherapie u. Schwefelpräparate. M. P. D.
1883. 14. Leimglyzerin. M. P. D.
15. Chrysarobin u. Pyrogallussäure in d. Praxis. M. P. D.
16. Schwefelkalzium. M. P. D.
17. Ichthyol bei inn. Krkhtn. D. M.-Z.
1884. 18. Dünndarmpillen. Kgr. inn. M.
19. Pastenbhdlg. d. entzündl. Htkr., insbes. d. Ekzems. M. P. D.
20. Fettsalben u. Kühlsalben. M. P. D.
21. Z. Jodoformbhdlg. d. Ulcus molle. M. P. D.
22. Ziele u. Resultate d. neueren Lupusbhdlg. M. P. D.
23. N. Form medikamentös. Einverleibung. F. M.
1884—85. 24. Ausstellg. i. Kopenhagen. M. P. D.
1885. 25. Kokain geg. wunde Brustwarzen. M. P. D.
26. D. neueren Fortschr. i. d. Therapie d. Htkr. Ärztl. Ver.-Bl.
27. Zwei Demonstrat. v. Dünndarmpillen. D. M. W.
28. Theorie u. Praxis d. Anwend. d. Dünndarmpillen. D. M. W.

Digitized by Google

1885. 29. Über Dünndarmpillen. Ph. Z.
30. Die Dermatologie an den deutschen Hochschulen. M. P. D.
31. Suspensorien. M. P. D.
32. Über medizinische Seifen. Volkm. Klin. Vortr.
1886. 33. Die medikamentöse Bhdlg. des Lupus. Ärztl. Ver.-Bl.
34. Salben- u. Pastenstifte. M. P. D.
35. Medizinische überfettete Kaliseifen (Salbenseifen). M. P. D.
36. Die medikamentösen Leime. Ärztl. Ver.-Bl.
37. Ichthyol u. Resorzin als Repräsentanten d. Gruppe reduzierender Heilmittel. D. St. Nachtrag, M. P. D.
1887. 38. Neueste Form meines Suspensoriums. M. P. D.
39. Hautklemmen. M. P. D.
40. Die Salbensonde bei Bhdlg. d. chron. Gonorrhoe. T. M.
41. Üb. d. neueren Fortschr. in d. Bhdlg. d. Hautkrankheiten. Klin. Vortr. (B. M. J.).
42.—44. Gläserne Endoskope. Seifengeist. Hautfirnisse. M. P. D.
1888. 45.—49. Bhdlg. d. Akne, des Lupus, der Sykosis, der Verbrennung. M. P. D.
50. Regulierbarer Zerstäuber. M. P. D.
51.—56. Schwitzen d. Hände, Bhdlg. d. Leukoplakia oris, Ekz. d. Augenlider, Wundreiten, rote Nase, Hühneraugen.
1889—90. 57. Bhdlg. d. Lupus m. Pflastermullen. M. P. D.
58. Pastenstifte. M. P. D.
59.—66. Erysipele, Frost, Zoster, Resorzinumschläge, Paquelin, Trichoph., Ichthyol inn., eingewachs. Nägel. M. P. D.
67. Neuer Mikrobrenner. M. P. D.
1890. 68. Z. Kenntn. d. Lanolins. T. M.
1891. 69. Verwend. d. Tuberkulins bei d. Lupusbhdlg. u. einige neue Mittel geg. Lupus. M. P. D. (B. J. D.).
70. Autotuberkulinisation beim Lupus. B. K. W. u. M. P. D.
71. Einwirk. v. Karbolsäure u. Nelkenöl a. d. Lupusgewebe. M. P. D.
1893. 72. Hautschienen. M. P. D.
1893—94. 73. Mundpflege u. Kali chloricum, insbes. bei Quecksilberkuren. M. P. D. u. Zs. f. Kr.
1895. 74. Adeps lanae in d. Praxis. M. P. D.
75. Ungt. Caseini, e. neue Salbengrundlage. D. M.-Z.
1897. 76. Filmogen. M. P. D.
1898. 77. Harzstifte z. Enthaaren. M. P. D.
78. Beste Form d. Quecksilberschmierkur. M. P. D.
79. Flache Abtragung d. weich. Geschwürs als Bhdlgsmethode. M. P. D.
80. Schutzdecke geg. X-Strahlen. M. P. D.
81. Handekzem u. Waschen d. Hände. M. P. D.
82. Therapie d. Lupus erythematos. D. M.-Z. (J. C. D.)
83. Sykosis subnasalis u. Ausschnupfen. M. P. D.
84. Zwei kardinale Punkte bei Bhdlg. d. akuten Trippers. M. P. D.
85. Kalipasten u. Kalidunstverbände. M. P. D.
86. Eisbhdlg. d. Epididymitis blenn. M. P. D.
87. Wie fixiert man stark wirkende Medikamente am Ellenbogen u. Knie? M. P. D.
88. Radikalheilung d. Lupus. D. M.-Z.
1899. 89. Einfacher Heißluftbrenner. M. P. D.
90. Weißes Kautschuk-Heftpflaster (Leukoplast). M. P. D.
91. Salbenmullverband bei Hautkatarrhen d. Augengegend. M. P. D.
92. Das Kopfkissen in d. Dermatologie. M. P. D.
93. Natronsuperoxydseife. M. P. D.
94. Thiosinaminseife u. Thiosinaminpflastermulle. M. P. D.
95. Tuberkulinseife. D. M.-Z.
1900. 96. Ichthyolkollodium geg. Gefäßmäler d. Säugl. M. P. D.
97. Paraformkollodium z. Bhdlg. v. Hautsaprophyten. M. P. D.
98. Transpellikulare Bhdlg. M. P. D.
1900—04. 99—107. Alkoholstifte, Masken, Spickmethode, Fort m. d. Leinen, Desinfektion d. Hände, „Ichthyol"-Eisen u. „Ichthyol"-Kalzium, Ichthargan u. Ichthoform, Karzinombhdlg., Keraminseife. M. P. D.
1905. 108. Lupustherapie d. Zukunft u. d. Vergangenheit. T. G.

Digitized by Google

1908. 109. Gleitpuder. M. P. D.
1909—17. 110.—130. Ichthyosisbhdlg. m. Eucerin, Eucerin als Waschmttl., Zinkeucergelanth, Arsenobenzol, Zinkmattan, Kreidepasten, Sauerstoffmittel, Quecksilbergleitpuder, Weizenstärke-Ersatz, Dunstumschläge m. Verdauungsflüssigkeiten, Suprarenin, Blepharitis ciliaris, Rosaceabhdlg., Hautaffektionen d. Naseneingangs, Ohrekzem, Billige Verordnungen, Entlausung durch Gleitpuder, Arnika innerlich bei Blutungen, Pepsin bei Narben u. Elefantiasis, Kieselsäure bei Pemphigus, Dekubitus u. Ulcus cruris, Eingewachs. Nagel. M. P. D. (D. W.).
1913. 131.—132. Ichthargan. Kaolin-Glyzerin-Paste. M. K.
133. Ursachen u. Verhüt. d. kalten Füße. Hyg. Rds.
1919. 134. Einwirkung v. Cignolininjektionen auf das Hautgewebe. D. W.
1920. 135. Die partielle Verdauung der Hornschicht als therapeut. Methode. D. W.
136. Pepsin z. äußerlichen Bhdlg. v. epidermalen, kutanen u. subkutanen Krankheitsprozessen. B. K. W.

Pharmakologie.

1882. 1.—3. E. besond. Eigensch. d. Salizylsäure, Mißbräuchl. Bezeichn. d. Chrysarobins als „Chrysophansäure", Chrysarobin d. n. dtsch. Pharmakopoe. M. P. D.
1885. 4. Keratin. Ph. Z.
1885—86. 5. D. Hornsubstanz u. ihre Verwend. z. Dünndarmpillen. Apoth.-Ztg.
1887—88. 6.—8. Konstituentien f. Pasten, Chloroformwasser z. Lösung v. Medikamenten, Vaselin in Quecksilbersalben. M. P. D.
1891. 9. „Ichthyolfirnisse." M. P. D.
10. Hautfirnisse. M. P. D.
1895. 11. Kaseinsalben. M. P. D.
1896. 12.—13. Neue Tatsachen üb. reduzierende Heilmittel. Pyrogallolum oxydatum. D. M.-Z.
14. Gelanthum. D. M.-Z. (B. M. J.)
1896—97. 15.—16. Über Paraplaste. Wien. M. W. u. M. P. D.
17. Ichthyol. M. P. D.
18. Weitere Versuche üb. d. reduzierenden Heilmittel. D. M.-Z.
1898—99. 19.—26. Essigsäure, Formalin u. Paraform, Kokainsalz u. Kokainbase, Pulvis cuticolor, Sapo cutifricius, Ungt. pomadin. aromat., Ungt. domesticum, Eigelbemuls. zu Wischwäss. M. P. D.
1899. 27. Kühlpasten. M. P. D.
28. Wesen d. Naftalanwirkung. M. P. D.
1907. 29. Z. Kenntnis d. Wollfettes. M. P. D.
30. Hydrophilie d. Wollfettes u. Eucerin. M. K.
1911. 31. Ungt. Glycerini. M. K.
32. Farblos. Hautschutz geg. Sonnenlicht. M. K.
1917. 33. Cremor Salep. D. W.
1919. 34. Neoichthargan. D. W.

Chemie.

1901. 1. Spontan. u. künstl. Transport v. Zellsubstanzen u. Kochsalz als mikrochem. Reagens. M. P. D.
1907. 2. Üb. d. „Lanolin" d. menschl. Haut. M. P. D.
1907—13. 3.—12. Chemie d. Haut I.—X. M. P. D.
1909. 13. Die Hautfette. B. Zs.
1910. 14. D. Cholesterinester d. Hornschicht. B. Zs.
1911. 15. Die Reduktionsorte u. Sauerstofforte des tier. Gewebes. A. mi. An.
16. Vernix caseosa. A. D. S.
17. Osmot. Auslaug. d. Inhaltes intakter Hornzellen. Ebenda.
1912. 18. Die Bedeutung d. Sauerstoffs in d. Färberei. D. St., Autoref. D. W.
19. Die Sauerstofforte im tier. Gewebe. U.
20. Darstell. d. Sauerstofforte im tier. Gewebe. M. K.
1913. 21.—22. Tatsachen üb. d. Reduktionsorte u. Sauerstofforte d. tier. Gewebes, Chemiker u. Biologe. B. K. W.
1913—14. 23—24. Chemie d. Zelle. Festschr., L. Voss u. B. K. W.

Digitized by Google

1915. 25. Die Sauerstofforte u. Reduktionsorte. A. mi. An., Autoref. D. W.
1915—17. 26.—28. Wirkung d. Höllensteins I. u. II., Tiefenwirk. d. Silberverbindungen. D. W.
1917. 29. Die Hornalbumosen. D. W.
30. Rolle d. Sauerstoffs b. chem. Einwirk. a. d. tier. Gewebe. B. Zs.
31. Neutralviolett extra. A. mi. An.
32. Chemie d. Amöben. Zbl. Bkt.
1919. 33. Chemie d. Trypanosoma gamb. A. Sch. Trop. Hyg.
1920. 34. Chromolyse. Abderhalden, Hdb. biol. Methoden.
35. Sauerstofforte u. Reduktionsorte. Abderhalden, Hdb. biol. Methoden.

Allgemeines und Besonderes.

1878. 1. Laryngoskop. Mon. Ohrenhkd.
1879. 2. a) Ht. u. Htkr. i. Kindesalt. b) Ansteckungsfähigk. Vortr.
1883. 3. Ichthyol. M. P. D.
1887. 4. D. Dermatologie i. ihr. Verhältn. z. Gesamtmed. B. K. W. (Med. News).
1888. 5. Entfern. v. Rostflecken an Instrum. M. P. D.
1894. 6. Geschichte d. Diaskopie. M. P. D.
1909. 7. Hautkrankhtn. i. Volksmunde. U.
1910. 8. Haut u. Sport. M. K.
1916. 9. Seifensparung. D. W.
1919. 10.—11. Nachrufe Brooke u. Tänzer. D. W.

Weltanschauung.

1875. 1. Kuno Fischer u. das Gewissen. Zs. Völkerpsychol.
1908. 2. Helmholtz. Flugschr. Monistenbd.
3. Darwin als Mensch. Flugschr. Monistenbd.
4. Darwin an Asa Gray. Monism.
1911. 5. Hbg. Monisten-Kongreß. „Freies Wort."
1914. 6. Dualismus u. Monismus. Vortr.
7. Von Darwin zu Haeckel. H.-Festschr.
1917. 8. Was sagt d. heutige Wiss. üb. d. Entstehung d. Lebens a. d. Erde? (Krit. v. Kammerer, Allg. Biol.) Monatsbl. d. Monistenbd.[1]).

[1]) Weit. Krit., Ref. usw. s. „Verzeichn. sämtl. Publikat. v. P. G. Unna". Voss, Leipzig.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. September 1920 | Nr. 37 | Band 71

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. Rille).

Über Behandlung tertiärer Lues mit Dijodyl.

Von

Dr. med. et phil. F. W. Oelze, Assistent der Klinik.

Mit 3 Abbildungen auf 1 Tafel.

Jod gilt in Form von Jodkalium oder Jodrubidium zu innerlichem Gebrauch, als Jodnatrium zu intravenösen Einspritzungen für ein Heilmittel erster Ordnung gegen Syphilis der Tertiärperiode. Die Dosierung ist eine reichliche, unter Umständen werden auch sehr große Mengen über lange Zeiträume verabreicht. Die Fortschritte der pharmazeutischen Chemie haben eine große Menge organischer Jodpräparate gezeitigt, die vor allem den sogenannten Jodismus vermeiden sollten. Inwieweit dies gelungen ist, und ob nicht Wirkung und Nebenwirkung untrennbar verknüpft sind, darüber herrscht kein einstimmiges Urteil. Zu meinen Versuchen benutzte ich ein Präparat, das Dijodyl-Riedel, das eine mehrfach ungesättigte Oxyfettsäure mit Jod verbunden darstellt, nämlich Rizinstearolsäuredijodyd von der Formel $C_{18}H_{32}O_3J_2$ mit einem Jodgehalt von 46,2%. Seiner Konstitution nach passiert der Körper den Magen unzersetzt und wird erst im Darm allmählich verseift. Erscheinungen von seiten des Magens — sonst bei Jodmedikation häufig — sind also bei diesem Präparat trotz seines relativ sehr hohen Jodgehalts ausgeschlossen. Die Verträglichkeit des Dijodyls ist nach zahlreichen Versuchen vortrefflich, an Nebenwirkungen trat in wenigen Fällen ein leichter Schnupfen auf.

Pharmakologisch wurde das Dijodyl von Hoos (1) und Wolf (2) untersucht, die an Tieren gewonnenen sehr günstigen Resultate konnten von mir (3) am Menschen bestätigt werden. Seeger (4) berichtet über Ausscheidungsverhältnisse beim Menschen.

Auch bei den behandelten Fällen von Lues III war die Wirkung eine gleichmäßige. Der Kürze wegen sei nur ein Fall mit besonders markanten Veränderungen beschrieben.

M. O., Waldarbeiter, 40 Jahre alt. Venerisch will Pat. nie erkrankt gewesen sein. Etwa 1907 habe er eine wunde Stelle am Munde gehabt, die nach etwa drei Wochen wieder verheilt sei. Anfang Juni 1919 bekam Pat. an der rechten Unterlippe und Backe zwei harte Knoten, die nur ein spannendes Gefühl verursachten. Mitte September brachen die Knoten geschwürig auf. Von verschiedenen Ärzten lokal behandelt, kam Pat. schließlich in die hiesige chirurgische Klinik, von wo er nach hier verlegt wurde.

Aus dem Status: Ernährungs- und Kräftezustand recht mäßig. Die rechte Backe ist besonders in ihrem unteren Teil stark geschwollen und bläulich verfärbt. An den rechten Mundwinkel angrenzend palpiert man einen aprikosengroßen Tumor. Auf dem

Digitized by Google

Tumor ein kirschgroßes Geschwür von $^1/_2$ cm Tiefe. Die Ränder stark wulstig überragend, der Grund schmierig gelblich belegt. Rechts auswärts ein zweites, kleineres Geschwür. Der Mund kann nur wenig geöffnet werden, Halsdrüsen sind nicht vergrößert. Probeexzision: keine Pilze. WR —. Diagnose: zerfallendes Gumma am rechten Lippenwinkel (s. Abb. 1).

Verordnung: steriler Verband, Mundpflege. Täglich 3 Tabletten Dijodyl à 0,3 g.

Nach 13 Tagen hatten sich die Geschwüre beträchtlich verkleinert, der wulstig aufragende Rand war abgeflacht. Pat. beim Essen nicht mehr behindert und sein Befinden subjektiv recht gut (s. Abb. 2).

Pat. hatte den dringenden Wunsch, seiner Arbeit nachzugehen, er wurde entlassen mit der Weisung, täglich 5 Tabletten Dijodyl zu nehmen.

Nach weiteren 22 Tagen stellte sich Pat. wieder vor. Auffallend war sein kräftiges, blühendes Aussehen. Die Geschwüre waren strichförmig vernarbt, ein Tumor nicht mehr zu fühlen. Der kosmetische Effekt befriedigte Pat. so, daß er den Schnurrbart wieder kurz trug. Pat. wurde geraten, noch die Dijodylkur fortzusetzen (s. Abb. 3).

In der Folge habe ich in ähnlichen Fällen die Dosierung noch herabgesetzt. Es zeigte sich bei ständiger Urinkontrolle, daß bei Verabreichung von täglich nur 1 Tablette Dijodyl der Pat. ständig eine gleichmäßig starke Jodausscheidung hat. Voraussetzung ist, daß die Tabletten zerkaut werden. Ist dies dem Pat. lästig, kann Dijodyl auch in Kapseln verordnet werden. Ein Ausbleiben der Resorption konnte ich nie feststellen.

Gewiß können mit Jodkali gleichfalls ausgezeichnete Erfolge erzielt werden, wenn auch die Einnahme viel unangenehmer ist. Auffallend ist dagegen der Unterschied in der Jodmenge, der zu dem gleichen therapeutischen Effekt führt. Bei der üblichen Jodkalibehandlung erhält der Pat. im Monat ungefähr 80—100 g Jodkali, also etwa 65 g Jod, bei täglich 2 Tabletten Dijodyl à 0,3 g, eine schon ausreichende Menge, dagegen nur 18 g Dijodyl, also 8 g Jod. Aus der Konstitution des Dijodyls folgt, daß es vom Darm aus langsam resorbiert wird. In der angeführten Literatur ist nachgewiesen, daß das Dijodyl bezogen auf die gleiche Menge Jod als Jodkali während längerer Zeit ausgeschieden wird. Hierauf scheint mir die bessere Wirkung und die sehr geringe Nebenwirkung zu beruhen.

Was die Hebung des Kräftezustands der Pat. betrifft, so dürfte dieser einmal darauf beruhen, daß die Krankheit geheilt wird, andererseits ist aber auch bekannt, daß jodierte und bromierte Fette direkt in den Körper übergehen und dort abgelagert werden. Da das Dijodyl zu dieser Körperklasse gehört, ist es nicht ausgeschlossen, daß auch auf diesem Wege eine Erhöhung des Körpergewichts erfolgt.

Ich habe diese Erfahrungen mitgeteilt, um zur weiteren Prüfung der Dijodylwirkung anzuregen. Schließlich sei noch erwähnt, daß bei den enorm gestiegenen Jodpreisen die Verwendung organischer Präparate mit einem Jodgehalte, der sich von dem der anorganischen Salze nicht zu weit entfernt, auch aus ökonomischen Gründen zu empfehlen ist.

Literatur.

1. Hoos, Inaug.-Diss., Gießen 1914. — 2. Wolf, Inaug.-Diss., Gießen 1914. — 3. Oelze, Derm. W., 1919. — 4. Seegen, D. m. W., 1919.

Digitized by Google

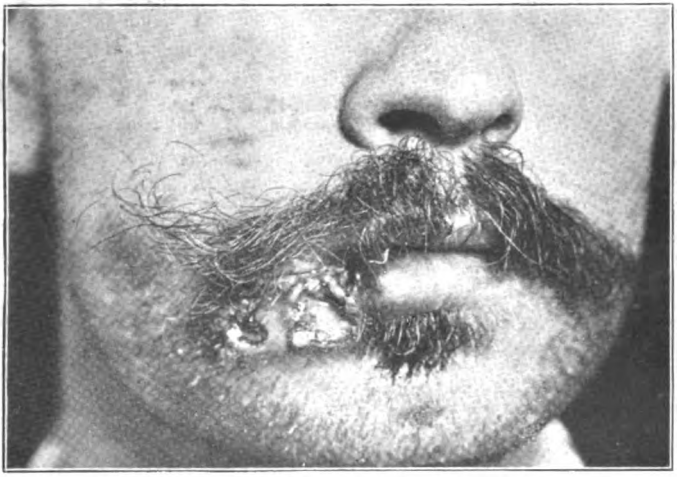


Abb. 1.

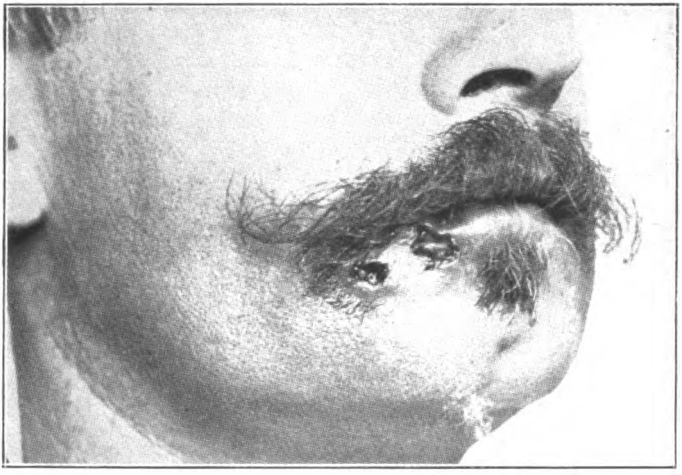


Abb. 2.

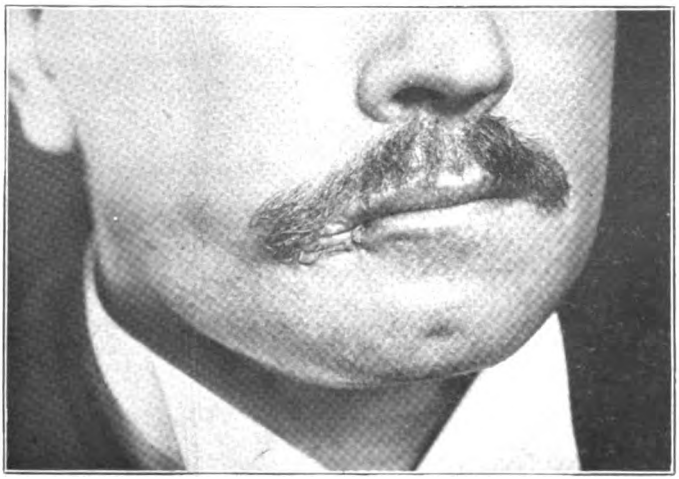


Abb. 3.

Digitized by Google

Digitized by Google

Aus dem dermatologischen Stadtkrankenhaus II, Hannover-Linden
(Dirigierender Arzt: Dr. STÜMPKE).

Zur Frage der Erythromelalgie.

Von

Dr. KUNSTMANN,

Spezialarzt für Haut- und Harnleiden in Hof a. S. (Bayern),
früher Assistenzarzt des Krankenhauses II.

Seitdem im Jahre 1878 WEIR-MITCHELL als erster das Symptombild der Erythromelalgie beschrieben hat, haben sich Neurologen und Dermatologen mit dieser Erkrankung näher befaßt, und auch heute ist es noch strittig, in welches Spezialgebiet die Erythromelalgie mehr gehört. Denn hinsichtlich der Ätiologie und des Wesens der Erkrankung bestehen in der Literatur noch die größten Differenzen. Dazu kommt als erschwerendes Moment der Umstand, daß das Symptombild der Erythromelalgie zweifellos selten zur Beobachtung kommt, so daß der einzelne Autor nur über einen oder spärliche Fälle aus eigener Kenntnis verfügt. Jeder kasuistische Beitrag dürfte daher von Interesse sein.

Zunächst lassen wir die Krankengeschichte folgen:

Anamnese: Eltern und eine Schwester gesund. Patient selbst hat früher keine besonderen Erkrankungen durchgemacht. Bis 1915 arbeitete er in der Landwirtschaft, 1916 in einer Waggonfabrik; November 1916 wurde er im Alter von 18 Jahren zum Heeresdienst eingezogen; Januar 1917 akquirierte er eine Lues, machte im Januar die erste, im Juli 1917 die zweite Kur.

Am 8. Mai 1917 kam er ins Feld, war dort aber keinen übermäßigen Anstrengungen der unteren Extremitäten ausgesetzt, auch nicht besonderen Witterungsschädigungen (Kälte und Nässe). Im August 1917 traten anfallsweise Brennen und starke Schmerzen in Zehen und Fußsohlen beiderseits auf, auch zeitweise geringe Rötung an einzelnen Stellen der Füße. Nach Behandlung mit Heißluftbädern gingen die Erscheinungen allmählich zurück. Im Juli 1918 machte er unter Berücksichtigung eines positiven Wassermanns die dritte Kur, im November 1918 die vierte Kur, letztere angeblich wegen eines Geschwürs am Glied und abermals positiven Wassermanns. Inzwischen hatten seit August 1918 — nach etwa 8 Monate langem schmerzfreiem Intervall — erneut starke Schmerzanfälle in den Beinen eingesetzt, zugleich mit Rötung und Schwellung derselben. Nach der vierten antiluetischen Kur trat angeblich eine Versohlimmerung seines Zustandes ein. Ende Dezember 1918 wurde es etwas besser, — sein Zustand wurde anscheinend nicht richtig erkannt — man führte die Schmerzen auf Plattfüßigkeit zurück und entließ ihn am 15. I. 1919 mit Plattfußeinlagen aus dem Heeresdienst. Aber sofort nach der Entlassung setzten die Schmerzanfälle, Rötung und Schwellung der Füße in vermehrtem Maße ein und steigerten sich bis jetzt immer mehr. Rötung und Schwellung gingen von den Füßen immer höher bis fast zu den Knien. Er wurde seitdem in verschiedenen Krankenabteilungen mit schmerzstillenden Mitteln, kalten Fußbädern, feuchten Verbänden ohne wesentlichen Erfolg behandelt. Das Gehen ist jetzt nicht mehr möglich.

Aufnahme im Stadtkrankenhaus II am 25. III. 1919.

Status praesens: 21jähriger Soldat, groß, kräftig gebaut, in gutem Ernährungszustand. Mundorgane, Lungen und Herz ohne nachweisbare krankhafte Veränderungen.

Beide Füße sind bis zur Mitte der Unterschenkel stark geschwollen; die Haut ist entzündlich gerötet, die Rötung setzt sich nach oben auf beiden Unterschenkeln in der-

Digitized by Google

selben Höhe sehr scharf ab. Haut und Muskulatur fühlen sich bretthart an. Auf Fingerdruck verschwindet die Röte. Bewegungen im Fußgelenk nur unter großen Schmerzen möglich.

Vom Nervenstatus heben wir hervor: Armreflexe normal, leichter Tremor der Hände, in der rechten Hand leichte Unsicherheit bei Finger-Nasenberührung. Keine Ataxie. Bauch- und Kremasterreflexe normal. Patellarreflexe vorhanden, etwas gesteigert. Achillessehnenreflex rechts vorhanden, links nicht. An den Armen, Gesicht und Rumpf werden grobe Berührungen überall fein empfunden, ebenso Nadelstiche. Gefühl für Nadelstiche ist sichtlich erhöht. Dasselbe gilt für die unteren Extremitäten. Hier ist die Hyperalgesie noch stärker. An beiden Füßen bis oberhalb der Knöchel ist das Gefühl für warm und kalt herabgesetzt, und zwar so weit, wie Patient die Füße zur Schmerzlinderung in kaltem Wasser zu baden pflegt. Lagegefühl an Fingern und Zehen ungestört, an den übrigen Gelenken ebenfalls. An den Füßen besteht keine Ataxie, jedoch beim Erheben der Beine geringes Zittern. Bewegungen im Fuß- und Zehengelenk sind beeinträchtigt, besonders das Senken der Fußspitzen. Gehen ohne Unterstützung unmöglich, trotz Anfassens taumelnd, im höchsten Grade unsicher, angeblich durch die Schmerzhaftigkeit der Füße verursacht. Stehen mit geschlossenen Füßen, auch mit offenen Augen, ebenfalls völlig unmöglich: Der Kranke fällt dabei hintenüber.

Krankheitsverlauf: 27. III. Das im Anfang an Erysipel erinnernde Krankheitsbild hat sich jetzt — spontan oder unter Einwirkung der Alkoholumschläge — insofern geändert, als die anfänglich zinnoberrote Farbe jetzt mehr in einen lividen Farbenton übergegangen ist. Beginn einer antiluetischen Kur. WR ist indessen negativ.

2. IV. Das Aussehen der Beine wechselt beinahe von Tag zu Tag. Nach intensiver Röte und starken anfallsweisen Schmerzen setzt eine Schwellung bis zu der markierenden Linie ein. Dabei vor allem Schmerzen, Brennen und Stechen unter den Fußsohlen. Eisumschläge, Jodkali.

7. IV. Patient hat seiner ständigen außerordentlichen Schmerzen wegen die Füße jetzt fast immer in kaltem Wasser. Wärme kann er in keiner Form vertragen. Er klagt schon, sobald das Wasser zu warm wird oder der feuchte Verband verdunstet ist. Starke Überempfindlichkeit gegen Druck und besonders gegen Berührungen. Abends Morph. 0,02 subkutan.

13. IV. Es haben sich mehrere Ulzerationen auf der Haut der betroffenen Partien gebildet, die schmierig belegt sind und je nach dem Grade der Schwellung als flach oder tief imponieren. Zur Kupierung der anfallsweisen krampfartigen Schmerzen Atropin sulf. 2mal täglich 0,0005 subkutan und abends 0,02 Morph. Die antiluetische Kur wird fortgesetzt.

15. IV. Heute wird vom Patient angegeben, daß er Kribbeln in den Fingern verspüre, objektiv kein Befund.

21. IV. Vom Atropin ist zweifellos eine subjektive Besserung zu sehen; objektiv hat sich an dem ständig vom Zinnoberroten ins Livide wechselnden Farbton des Krankheitsbildes noch wenig geändert. WR-Kontrolle hat negatives Resultat.

29. IV. In kurzem Chloräthylrausch wird heute Probeexzision am rechten Unterschenkel vorgenommen. Die **mikroskopische Untersuchung** (pathologisches Institut Hannover) ergab: Die Blutgefäßwände der Kutis erscheinen etwas zellreicher, anscheinend infolge von Wucherungen von perivaskulären Zellen und Einlagerungen einiger Lymphozyten. Sonst nichts Besonderes festzustellen.

30. IV. Mit Hilfe zweier Spritzen Skopolamin gelingt es, den Patienten, der jetzt außerhalb des Wassers ständig die größten Schmerzen auszuhalten hat, unter die Röntgenröhre zu bringen. Er erhält je 20 X durch 3 mm Alumin. gefilterter harter Röntgenstrahlung auf beide Füße.

1. V. Der zugezogene Neurologe (Herr Dr. Rizor, Oberarzt der Anstalt Langenhagen b. Hannover) stellte beim Patient fest: idiomuskuläre Kontraktionen, Dermographie, aufgehobener Rachenreflex, grobschlägiger Fingertremor, Kopftremor, Hyperästhesie am ganzen Körper. Er stellte die Diagnose: Hysterie. Neuropsychopathische Grundlage.

7. V. Die Ulzera an den betroffenen Hautpartien haben sich vermehrt, vergrößert und konfluieren stellenweise. Bisher erhielt der Patient 5 Injektionen Neosalvarsan zu 0,6 intravenös und 10 Spritzen Hydr. salic. zu 0,1 intramuskulär. Da noch kein Erfolg vorliegt, soll die Kur mit Altsalvarsaninfusionen fortgesetzt werden.

Digitized by Google

14. V. Die Demarkationslinie der Rötung ist im Laufe der Zeit etwas tiefer getreten, und zwar etwa um 1—2 Querfinger. Die Haut ist hier etwas bräunlich tingiert und läßt die alte Demarkation noch erkennen. Im subjektiven und objektiven Befund ist augenblicklich zweifellos eine Besserung festzustellen. Die in der vorigen Woche sehr starke Schwellung ist jetzt bedeutend geringer, so daß die Unterschenkel und Füße in bezug auf die äußere Form ein beinahe normales Aussehen haben.

23. V. Das Befinden hat sich bisher ganz gut gehalten. Patient klagt nicht mehr so viel, auch stellte sich der Gefäßkrampf mit nachfolgender Hyperämie seltener ein. Er erhält heute zum zweiten Male je 20 X durch 3 mm Alum. gefilterter harter Röntgenstrahlung auf beide Füße.

28. V. Beendigung seiner antiluetischen Kur. Er hat seit dem 7. V. noch 3 Altsalvarsan zu 0,4 und 2 Quecksilberspritzen erhalten. Wegen seiner Schmerzen bekommt er noch 2mal am Tag Atropin und Morph. Die Röntgenaufnahme zeigt ganz verwaschene Konturen der Gelenkenden der zweiten bis vierten Metatarso-phalangeal-Gelenke beiderseits. Gelenkspalten fast unkenntlich.

31. V. Patient gibt spontan an, daß er die Füße abwechselnd $^1/_2$ Stunde aus dem Wasser halten kann. Die Schwellung ist heute wieder stärker, so daß die Hautgeschwüre sehr tief erscheinen. Eigentliche Schmerzen bestehen zur Zeit nicht, nur ein unerträgliches Jucken, das in kaltem Wasser aufhört.

4. VI. Jetzt hatte der Patient wieder einige Tage in den Händen Kribbeln.

19. VI. Inzwischen hat sich sein Leiden wieder sehr verschlimmert. Die Schmerzen sind andauernd vorhanden, in sehr intensivem Grad, so daß er fast beständig Tag und Nacht die Füße in kaltem Wasser halten muß, um wenigstens etwas Linderung zu bekommen. Rötung und Schwellung stark ausgeprägt. An den Fußrücken und Unterschenkeln, Außen- und Innenseite, finden sich zur Zeit zahlreiche erbsen- bis fünfmarkstückgroße, oberflächliche Ulzerationen von teils runder, teils unregelmäßiger Gestalt, mit unterminierten Rändern, eitrig belegtem Grund und eitrig-flüssiger Absonderung. Versuchsweise erhält Patient heute eine Bestrahlung mit der Höhensonne 5 Minuten lang in 50 cm Entfernung.

23. VI. Unmittelbar nach der Bestrahlung mit der Höhensonne haben die Schmerzen etwas zugenommen. Da jedoch die etwas stärkeren Beschwerden nach einiger Zeit nachlassen, so wird Patient noch weiterhin im Abstande von 2—3 Tagen mit der Höhensonne bestrahlt.

28. VII. Der Patient hat bis jetzt 11mal Höhensonnenbestrahlungen bekommen, ohne wesentlichen sichtbaren Erfolg. Die Ulzera auf der Haut sind annähernd konstant geblieben. Über starke Schmerzen klagt der Patient noch fast dauernd. Die Füße kann er nur ganz kurze Zeit aus dem Wasser halten. Morph., Atropin bringen nur vorübergehend Linderung.

Soweit bis Ende Juli das Krankenblatt.

Bei dem qualvollen Zustande des Patienten und der Erfolglosigkeit der bisherigen konservativen Therapie mußten wir uns entschließen, eingreifendere Maßnahmen ins Auge zu fassen. Doch vorher müssen wir auf das Wesen der Erythromelalgie selbst näher eingehen, um daraus therapeutische Schlüsse ziehen zu können.

Was zunächst die Diagnose betrifft, so machte sie zunächst insofern Schwierigkeiten, als man unwillkürlich auf die kurz vorher durchgemachte Syphilis Bezug nehmen und eine luetische Gefäßerkrankung in Erwägung ziehen mußte. Aber bei der weiteren Beobachtung trat das Symptomenkomplex der E. deutlich zutage: Die Kombination von aktiver Hyperämie, Rötung, Schwellung, mit heftigen Schmerzen verbunden, das paroxysmale Auftreten der Symptome, die Lokalisation an den Extremitäten. Es war nur die Frage, in wieweit die Syphilis für die E. ätiologisch in Betracht kam, worauf wir weiter unten eingehen werden. Andere Erkrankungen, wie sie in der Literatur in weniger ausgeprägten Fällen von E. in Betracht gezogen wurden, wie Morbus Raynaud, Akromegalie, Myxödem, Sklerodermie, Akro-

Digitized by Google

dynie, Erythema exsudativum multiforme, Erythrodermie kamen bei unserem Falle differentialdiagnostisch nicht in Frage.

Außer den oben erwähnten Symptomen interessieren vor allem die seit Mitte April auftretenden Ulzerationen auf der Haut der erythromelalgischen Partien. Ich glaube nicht, daß sie lediglich auf die feuchten Verbände zurückzuführen sind; nehme vielmehr im April eine Verschlimmerung der E. an, wobei sich trophische Störungen einstellten. Während die ersten Beschreiber des Krankheitsbildes, wie Graves, Lannois, besonderen Wert auf die Feststellung legten, daß trophische Störungen bei E. fehlten, hat Cassirer in seiner ausführlichen Monographie aus dem Jahre 1901, in der er etwa 90 Beobachtungen aus der Literatur sammeln konnte, in nicht weniger als 30 Fällen trophische Veränderungen verschiedenster Art gefunden. So schwere geschwürige Veränderungen, wie in unserem Fall, sind freilich selten erwähnt. Als trophische Störungen betrachten wir auch die röntgenologisch nachgewiesenen Veränderungen an den Fußknochen. Daß bei E. auch die Knochen beteiligt sein können, darüber finden sich in der Literatur nur vereinzelte Angaben.

In ätiologischer Hinsicht verdient unser Fall wegen seiner Beziehungen zur Syphilis Interesse. Andere ätiologische Momente, Beruf, Lebensstellung, thermische Schädlichkeiten, Rheumatismus, vorausgegangene schwere Erkrankungen, kamen nicht in Betracht.

Unter den 90 Fällen von Cassirer ist nur 6mal Lues erwähnt, aber nur in einem Fall von Personali konnte man an eine direkte Beziehung zwischen dieser und E. denken. Doch ist es nach Cassirers Ansicht sehr zweifelhaft, ob man den Fall als E. gelten lassen darf. In unserem Fall mußte auffallen, daß die ersten Erscheinungen im Anschluß an die zweite spezifische Kur aufgetreten sind, dann abermalige Verschlimmerung nach der dritten Kur, und daß nach der vierten Kur im November 1918 die Erscheinungen noch stärker sich ausprägten. Die fünfte hier durchgeführte, sehr kräftige Kur hatte keinen Erfolg. Die anatomische Untersuchung konnte eine Gefäßerkrankung nicht feststellen. Für eine luetische Erkrankung des Rückenmarks (resp. des Gehirns), von der die E. nur ein Symptom gewesen wäre, war kein objektiver Befund vorhanden. Es wäre lediglich in Betracht zu ziehen, inwieweit des Patienten Neuropsychopathie auf die durchgemachte Lues zurückzuführen ist. Bekannt ist ja die syphilitische Neurasthenie bei Kranken, welche mehr oder weniger reichlich spezifisch behandelt worden sind: auf der Basis einer ererbten Anlage oder einer erworbenen Prädisposition.

Und in der Tat müssen wir auf Grund unserer Beobachtungen annehmen, daß in unserem Falle die E. nicht als eine selbständige Affektion sich präsentierte, sondern vielmehr Teilerscheinung einer nervösen zentralen Erkrankung bildete. Wenn wir Lewin und Bendas Einteilung folgten, hätten wir die Fälle von E. in drei Gruppen zu teilen: Die erste Gruppe umfaßt diejenigen Fälle, in denen zweifellos eine wirkliche organische zentrale Erkrankung vorliegt; eine zweite Gruppe diejenigen, in denen zwar auch eine zentrale Erkran-

Digitized by Google

kung, aber nur als funktionelle Störung vorhanden; die dritte Gruppe diejenigen Fälle, bei denen eine periphere Erkrankung anzunehmen ist, und bei welcher die E. das einzige Symptom derselben darstellt. Unser Fall wird in die zweite Gruppe einzureihen sein, indem wir die neuropsychopathische Konstitution als primäres Leiden annehmen, zu dessen Symptomenkomplex eben auch die E. gehört. Ähnliche funktionelle Erkrankungen des Zentralnervensystems liegen in der Literatur in einer Reihe von Fällen vor: Allgemeine neuropathische Diathese, Erregungszustände, Psychosen, Hysterie. Von den 90 Fällen CASSIRERS gehören 18 in diese Kategorie.

Wir kommen nun zu der Frage der Entstehung der Schmerzen, Rötung und Schwellung bei E. Wir schließen uns CASSIRERS Ausführungen an: Für die Schmerzen haben wir als Grundlage selbstverständlich Erregungen sensibler Bahnen und Zentren anzusehen. Die Erscheinungen der Hyperämie werden ausgelöst entweder durch Lähmung der Vasokonstriktoren oder durch Erregung der Vasodilatatoren der Arterien und Venen. Es erscheint auch mir näherliegend, da wir nun einmal für die Entstehung der Schmerzen Erregungszustände annehmen müssen, solche auch für die hyperämischen Symptome als Ursache zu supponieren und somit eine pathologische Reizung der Vasodilatatoren anzunehmen. Auch MAYESIMA kommt in seiner Arbeit (s. u.) zu dem Schluß, daß die Affektion auf einer Reizung der Gefäßnerven bzw. einer vasomotorischen Neurose beruhe. Während nun mehrere Autoren eine Beteiligung peripherer Nerven annehmen, müssen wir — wenigstens für unseren Fall — eine zentrale Ursache annehmen wegen des symmetrischen Auftretens und der Verbindung mit zerebro-spinalen Symptomen. Es kämen also als Sitz der Erkrankung die Gefäßnervenzentren in Betracht, die bekanntlich in der Medulla oblongata, im Rückenmark und Sympathikus, vielleicht auch noch im Großhirn gelegen sind, von wo aus die Vasodilatatorenreizung erfolgte.

Um nun diese Reizleitungsbahnen von den Gefäßzentren nach den Beinen auszuschalten, hat MAYESIMA auf Grund der experimentell erwiesenen Tatsache, daß in den hinteren Wurzeln des Rückenmarks Vasodilatatoren verlaufen, in seinem Fall die FÖRSTERSche Operation ausgeführt und damit einen glänzenden Erfolg gehabt.

Da unser Fall ähnlich lag, entschlossen wir uns, MAYESIMAS Vorschlag anzunehmen und auch hier die FÖRSTERSche Operation zu empfehlen. Der Patient wurde deshalb nach dem städtischen Krankenhaus Siloah-Linden, wo der Chirurg sich bereit erklärte, diese auszuführen, verlegt. Aus äußeren Gründen — weil der Patient als Heeresangehöriger in einem Militärlazarett zu behandeln war — unterblieb die Operation. Am 1. Oktober wurde Patient nach dem Garnisonlazarett Hannover verlegt. Dort wurde am 8. Oktober die Amputation beider Beine vorgenommen, um den Patient von seinem äußerst qualvollen Leiden zu befreien.

Auszug aus dem Operationsbericht: In Allgemeinnarkose und Blutleere Absetzung des rechten Unterschenkels, handbreit unterhalb des Kniegelenks. Auffallend ist das gänzliche Fehlen einer Blutung nach

Digitized by Google

Abnahme der Blutleere, Situationsnähte. Drainage mit Jodoformdocht. Aus dem oben erwähnten Grunde (mangelnde Blutung) wird links Amputation nach Gritti vorgenommen. Primäre Naht, Drainage mit Gummifinger. Die weitere Krankengeschichte ist kurz folgende:

15. X. Entfernung der Nähte: an der rechten Seite des rechten Amputationsstumpfes hat sich eine pfenniggroße, graugrüne Nekrose ausgebildet, die den erythromelalgischen Geschwüren ähnlich sieht. Steriler Verband. Patient klagt seit gestern über starke brennende Schmerzen und Kribbeln an beiden Händen. Objektiver Befund an den Händen nicht zu erheben. Stauung nach Bier, wonach bedeutende Besserung eintritt. Fortsetzung der Stauung.

26. X. Ein Teil der Narbe am linken Stumpf ist wieder aufgeplatzt, doch sieht die Wunde frisch aus; auch die oben erwähnte nekrotische Stelle ist bedeutend kleiner geworden.

15. XI. Rechte Stumpfwunde vollkommen verheilt, das kleine Geschwür auf der Beugeseite ebenfalls fast völlig vernarbt. Ab und zu heftige neuralgische Schmerzen an den Stümpfen.

4. XII. Auch der linke Stumpf ist vernarbt, Bewegungsübungen im rechten Kniegelenk. Infolge Kontraktur der Beuger besteht bei der Streckung ein Ausfall von etwa 50°. Die Beugung ist frei, die Schmerzattacken in den Fingern und Mittelhand treten etwa in Abständen von 10—14 Tagen auf und sind stets durch Biersche Stauung im günstigen Sinne zu beeinflussen.

5. I. 1920. Um die Beugekontraktur im rechten Stumpf auszugleichen, wird die Tenotomie der Beugesehnen vorgenommen. Im übrigen ist aus der Krankengeschichte nichts Besonderes mehr zu erwähnen.

23. II. 1920. Als ich den Patient zum letztenmal sah, befand er sich in ausgezeichnetem Kräftezustand und hatte keinerlei Beschwerden. Das Kribbeln und die Schmerzattacken in den Händen sind seit etwa Weihnachten nicht mehr aufgetreten. Patient soll in den nächsten Tagen Beinprothesen bekommen.

Die im pathologischen Institut Hannover ausgeführte anatomische Untersuchung der amputierten Beine ergab, daß weder an den Gefäßen noch an den Nerven pathologische Veränderungen nachzuweisen waren. Die sonst in der Literatur vorliegenden spärlichen anatomischen Untersuchungen waren (angeführt nach Jarisch): Die peripheren Nerven erwiesen sich in drei Fällen intakt, in einem Fall verändert, während die peripheren Arterien in drei Fällen erkrankt erschienen. Diese Veränderungen an den Gefäßen deuten aber Dehio und Weir-Mitchell-Spiller als sekundäre oder als dem Alter des Patienten entsprechende.

Aus dem 2. Teil der Krankengeschichte sind 2 Punkte besonders hervorzuheben:

1. das gänzliche Fehlen der Blutung im rechten Bein nach Abnahme der Blutleere. Bei dem Reizzustand der Vasodilatatoren, den wir annahmen, hätte man das Gegenteil erwarten sollen. Man kann sich die Erscheinung nur so erklären, daß durch die Narkose die funktionellen Störungen des Zentralnervensystems, insbesondere der Gefäßzentren, aufgehoben wurden.

2. ist es eigentümlich, daß im Anschluß an die Amputation der Beine die Schmerzattacken und das Kribbeln in den Händen in verstärktem Maße und häufiger einsetzten, während früher nur ganz selten — und in den letzten Monaten überhaupt nicht mehr — unbedeutendes Kribbeln vorhanden war. Spontan gibt der Patient an, daß es in den Beinen in gleicher Weise begonnen habe. Auf alle Fälle stützt auch diese Erscheinung unsere Annahme, daß der Symptomenkomplex der E. in den Beinen nicht als eine selbständige Erkrankung aufzufassen ist,

Digitized by Google

sondern ein Symptom der funktionellen Störungen des Zentralnervensystems.

Schließlich wist zu bemerken, daß, enn auch in den letzten zwei Monaten die Schmerzattacken in den Händen ausgesetzt haben, erst die Zukunft zeigen wird, ob sich nicht doch noch an den Händen Erythromelalgie-Erscheinungen entwickeln. Auch an den Beinen hatten wir monatelang ein schmerzfreies Intervall, worauf aber die Erscheinungen in verstärktem Maße aufgetreten und ständig geblieben sind.

Zusammenfassend erscheint uns der beschriebene Fall von E. in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert.

1. Das Krankheitsbild der Erythromelalgie in den Beinen war nur ein Symptom einer funktionellen Störung des zentralen Nervensystems. 2. Der Zusammenhang und die Entstehung im Anschluß an eine syphilitische Erkrankung. 3. Die starke Beteiligung der Hände unmittelbar nach Amputation der Beine. 4. An den amputierten Beinen waren pathologische Veränderungen an Gefäßen und Nerven nicht festzustellen. 5. In ähnlichen Fällen können wir auf Grund theoretischer Erwägungen die FÖRSTERsche Operation empfehlen.

Literatur.

1. JARISCH: Die Hautkrankheiten, 1908. — 2. CASSIRER: Die vasomotorisch-trophischen Neurosen, 1901. — 3. MAYESIMA: D. Zsch. f. Chir., 1913, Bd. 122. — 4. SCHIRRMACHER: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten, 1914, H. 1. — 5. Übrige Literatur in Nr. 1 u. 2 zu finden.

Die Pellagra im Trentino nach dem Kriege.

Von

Dr. GUIDO DE PROBIZER in Rovereto.

Übersetzt von Dr. H. WENGLER in Leipzig.

Die Frage über den Stand der Pellagra in unserer Provinz nach dem Kriege knapp und klar zu beantworten, wie ein kurzer Zeitschriftenaufsatz dies verlangt, ist nicht leicht, und ich weiß auch nicht, ob es mir gelingen wird, da positive Daten einer noch im Zuge befindlichen Enquete bislang fehlen.

Immerhin kann ich behaupten, daß die Pellagra aus dem langen Kriege nach der Auffassung des Volkes in gewisser Weise „desorientiert" hervorgeht.

Meine und meiner Kollegen Beobachtungen stimmen darin überein, daß die Pellagra in den vier Kriegsjahren sowohl bei der im Lande verbliebenen, wie bei der abgewanderten Bevölkerung nur spärlich aufgetreten ist.

Hat also der Krieg zum Verschwinden der Pellagra beigetragen und diese endemische Geißel uns also endgültig verlassen? Sind vielleicht die ätiologischen Momente verschwunden, die ihre mehr als hundertjährige Existenz in unseren Tälern gewährleistet hatten? Einst sagte man, die

Digitized by Google

Pellagra sei die Folge des Elends, aber welch schlimmeres Elend als die Kriegszeit, hätte unser Volk treffen können? . . .

Andere behaupten, die Pellagra sei das Produkt ungenügender Ernährung, ja sogar der Ausdruck eines chronischen Hungers — aber waren wir nicht fast alle einer Einschränkung der Ernährung unterworfen? Haben wir nicht unzählige Beispiele von physischem Hinsiechen infolge ungenügender Ernährung beobachten können? Und doch zeigte sich die Pellagra nicht. In den Sammellagern der russischen, serbischen und italienischen Gefangenen gab es zahlreiche Todesfälle infolge Unterernährung; unseren trientiner Soldaten, die Pellagragegenden entstammten, wurde sogar zugunsten anderer die ohnehin schon verkürzte Fettration entzogen, und dennoch zeigte sich bei ihnen keine Pellagra. Auf Grund solcher Überlegungen käme man also zu dem Paradoxon, daß der Hunger die Pellagra vernichte.

Ferner sagte man, daß Kummer, Schmerzen und seelische Erregungen die nächste und bestimmende Ursache für die akute Verlaufsweise der Pellagra sein könnten. Welche Bevölkerung war solchen Leiden mehr ausgesetzt als die unsere? Und dennoch zeigte sich keine Pellagra

Nicht mit Unrecht sagte man weiter, daß die hygienischen Verhältnisse der Landschaft und der Wohnungen einen wichtigen Anteil an der Prädisposition zur Pellagra nähmen. Aber in den Internierungs-, Schutzhaft- und Abschublagern bestanden wohl in der Mehrzahl der Fälle so schlimme hygienische Verhältnisse, daß ihnen gegenüber die bescheidene Hütte unserer Bauern, die auf einen einzigen Raum als Wohn- und Schlafraum und Küche angewiesen waren, ein Palast genannt werden konnte, und auch hier wurde keine Pellagra gesehen.

Noch andere Theorien über die Ätiologie der Pellagra wurden vorgebracht, und ich erwähne jene der Simuliden als Zwischenträger, die mit ihren Stichen die Pellagra einimpfen sollten. Hat denn aber der Krieg diese Insekten aus unserem Lande verscheucht? Oder fehlten sie in den Gegenden, in denen unsere Flüchtlinge angesiedelt wurden, oder fanden diese Insekten niemanden, von dem sie das Virus auf andere übertragen konnten? Dasselbe gilt für die wegen ihrer chemischen Zusammensetzung oder ihres Inhalts (Filarien) als pellagrogen verdächtigten Gewässer.

Auf alle diese Punkte und Fragen kann man mit aller Sicherheit antworten: es ist nicht wahr, daß die Pellagra — wie noch eine berühmte ältere Autorität behauptete — die Krankheit des Elends ist.

Die Pellagra ist einfach die Folge eines Ernährungsfehlers, und ist eng verbunden mit der ausschließlichen Maiskost. Wer den Mais in zu großen Mengen als Nahrung aufnimmt, so daß dieser die sogenannte feste Ernährungsbasis bildet, verfällt in einen Zustand der Reizbarkeit, der zu den charakteristischen Formen der Pellagra führen kann, wenn in den Organismus die pellagrogenen Giftsubstanzen eingeschleppt werden, welche sich in verdorbenem Mais befinden. Die Widerstandsperiode der Krankheit ist zum Teil individuell und kann durch verschiedene prädisponierende Ursachen abgekürzt werden. Wir haben jedoch bei uns keinen Fall von Pellagra bei fehlender Maisernährung erlebt. Dies alles ist nun auch unzweifelhaft durch die Wirkungen bewiesen, welche die staatlichen

Digitized by Google

Maßnahmen zur Bekämpfung der Pellagra gehabt haben. Sie haben uns am Vorabend des Krieges bis nahe an die völlige Austilgung der Krankheit gebracht. Diese Gesetze bauten sich nur auf die Theorie LOMBROSOS auf, zum mindesten den verdorbenen Mais aus der Ernährung des Landmannes auszuschalten, da man den Mais selbst natürlich nicht beseitigen konnte.

Ich habe diese Bemerkungen vorausschicken müssen, da nur auf diese Weise das Verhältnis zwischen Krieg und Pellagra und jenes zwischen ihr und unserer Bevölkerung in der Zeit nach dem Kriege festgestellt werden kann. Auf Grund der gemachten Prämissen versteht es sich von selbst, daß, wenn während des Krieges das Maismehl völlig oder fast völlig ausging, auch das Element verschwand, mit dem das Pellagravirus eingeschleppt wird; es kostete ja während des Krieges der Zentner Maismehl 500—1000 Kronen. Bei solchen Prohibitivpreisen konnte man gewiß nicht der ausschließlichen Maisernährung fröhnen, und eine gelegentliche Magenladung von Polenta, wenn sie auch nicht von der besten ist, läßt noch keine Pellagra entstehen.

Ist es also ein Wunder, wenn während dieser Periode keine Pellagrafälle aufgetreten sind? Die Antwort scheint mir selbstverständlich, und wir hätten uns vielmehr wundern müssen, wenn während der letzten vier Jahre die Krankheitsfälle häufiger gewesen wären.

Ich komme zu den Schlußfolgerungen aus dem eben Dargelegten.

Unsere Landbevölkerung zeigt in der gegenwärtigen Nachkriegsperiode nicht die charakteristischen Symptome, die vorher während der Pellagra-Endemie geherrscht hatten.

Dürfen wir daraus ableiten, daß die Bevölkerung einen Prozeß der Immunisierung durchgemacht habe? Gewiß nicht, aber es ist sicher, daß sie von der Krankheit frei bleiben wird, wenn die ursächlichen Momente von früher nunmehr dauernd wegbleiben werden.

Gleichwohl muß man die Befürchtung hegen, daß wegen der Ausnahmezustände, in denen wir uns noch befinden, die krankmachenden Ursachen nicht völlig ausgeschaltet werden können. Die herrschende Lebensmittelteuerung zwingt die Regierung, Zerealien und in der Hauptsache Mais aus Amerika einzuführen.

Gerade das amerikanische Korn gelangte, auch vor dem Kriege, nicht immer in bestem Zustande zu uns, und doch besteht heute die Notwendigkeit, es zu beschaffen und in den Handel zu bringen. Augenblicklich sind die Transportverhältnisse schlechter als je. Der Mangel an Tonnage zwingt dazu, das Korn wochenlang in den amerikanischen Häfen aufzustapeln. Ist es verladen, so dauert die Überfahrt viel zu lange; einmal in unseren Stapeln, wirken Mangel an Arbeitskräften, chronische Streiks, ungenügende Silos, Kohlenmangel für die Eisenbahn zusammen, das gefährliche Korn immer mehr zu vergiften.

Ist also die Sorge nicht berechtigt, daß die Gesundheit jener, die sich fast ausschließlich von Mais nähren müssen, über kurz oder lang darunter leiden wird?

Es dürfte sehr schwer sein, drakonische Maßregeln dem Handel mit Mehl, das uns gewiß nicht immer in ordnungsmäßigem Zustand auf den Markt gebracht wird, aufzuerlegen, und, wenn nicht glücklicherweise der

Digitized by Google

Ankauf desselben in der Quantität durch die Abgaben und durch den Preis eingeschränkt würde, kann man sicher sein, daß bezüglich der Qualität unsere Landbevölkerung heutzutage nicht allzu wählerisch sein würde.

Welche Folgen ergeben sich aus diesem Zustand mit Bezug auf die Pellagra?

Ich will keine unangebrachten Prophezeiungen aussprechen, sondern statt dessen einige Betrachtungen anstellen, die sich aus dem oben Dargelegten ergeben.

1. Als wir in den Krieg eintraten, befanden wir uns in einer Periode der Abnahme der Pellagra infolge der mit dem Gesetz von 1904 ergriffenen Maßnahmen und insbesondere infolge der Maßregel, daß nur Maismehl von bester Beschaffenheit zum Verbrauch zugelassen wurde. Während des Krieges haben wir durch vier Jahre die Polenta vom Nahrungsverbrauch ausgeschlossen. Augenblicklich können wir nicht feststellen, wieviel Zeit unsere Bevölkerung brauchen würde, falls sie wieder auf die ausschließliche Maiskost verfiele, um die Vorteile jener erzwungenen Maisenthaltsamkeit zu neutralisieren, bis sie wieder in den präpellagrösen Zustand und von da zur erklärten Pellagra gelangte.

2. Es ist ferner vorläufig unbekannt, inwieweit Lücken in dem vom Gesetze gegen die Pellagra gespannten Netz an irgend welchen unerlaubten Vermahlungen von verdorbenem Mais beteiligt sein werden, da man in Zeiten der Teuerung nicht weiß, wieweit die Formel „tolerari potest" gültig sein kann.

3. Man kennt noch nicht die dauernde Rückwirkung, die der Krieg auf den Speisezettel unserer Bauern gehabt haben kann. Hat der Landmann gelernt, auch in Zukunft einen Ersatz für die traditionelle Polenta eintreten zu lassen, womit er in sein einförmiges Menu ohne größere Kosten einige Abwechslung bringen kann? Ist er der Überlegung zugänglich, daß er, auch in allem Elend lebend, sein Leben ohne Polenta und frei von Pellagra hat fristen können?

Es wird daher unschwer zu verstehen sein, daß wir im Hinblick auf die Pellagra nicht die Sicherheit haben können, sie werde nicht noch einmal unter uns auftauchen? Wir müssen also im Zustand steter Bereitschaft verbleiben. Die neue Regierung wird uns dabei nicht im Stiche lassen; ist sie sich doch der Tatsache bewußt, daß wir die Macht besitzen, die Krankheit, wenn sie wieder erscheinen sollte, mit Erfolg zu bekämpfen. Den Beweis für ihre Anteilnahme haben wir in der kürzlich erfolgten Ernennung der Commissione pellagrologica tridentina, welcher die Aufgabe zufallen wird, ihr örtliches Programm der Wachsamkeit oder des Kampfes zu entwickeln.

Digitized by Google

Versammlungen.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

18. Dezember 1919.

J. H. Sequeira: **Fall von hämorrhagischem Lupus erythematosus.** Von typischen Lupus-erythematosus-Flecken waren die am Dorsum der Finger und Zehen hämorrhagisch, Palmae und Plantae zunächst frei, erst später ergriffen. Die Fälle sind sehr selten.

E. G. Graham Little: **Fall von oberflächlichem, „kartenähnlichem" Ulcus rodens.** Außerordentlich oberflächliche Affektion an der linken Wange nahe dem Mundwinkel, stellenweise spontane Atrophie.

S. E. Dore: **Fall von multiplen Pigmentmälern.** Die Vorstellung und Diskussion behandelt die Frage, wie am zweckmäßigsten zu behandeln ist (Kohlensäureschnee, Elektrolyse, Radium), besonders mit Rücksicht auf zu befürchtende maligne Entartung.

C. Firmin Cuthbert: **Fall von Granuloma venereum.** Besprechung der Differentialdiagnose von Granuloma venereum und Ulcus molle serpiginosum. Günstig wirkten intravenöse Einspritzungen von Tartarus emeticus.

E. G. Graham Little: **Fall von Mycosis fungoides.** Seit zwei Jahren fortschreitender Prozeß, zur Zeit ganzer Körper gerötet, infiltriert. Keine Tumoren, zahlreiche Drüsenschwellungen. Mäßige Exfoliation, Haut krätzig. Keine Veränderungen des Blutes. In der Diskussion wird der Fall als Lymphodermia perniciosa Kaposi angesprochen.

Halden Davis: **Ausgedehnte Eruption nach prolongierter Anwendung organischen Arseniks.** Primäre Syphilis mit Salvarsan und Hg behandelt, nach zwei Monaten Geschwüre der Beine, deshalb wiederholte mehrmonatige Behandlung (Neokharsivan, Hg-Pillen), während derselben Ausschlag, Flecken und Papeln verschiedener Größe. Freibleiben von Gesicht, Händen und Füßen, jedoch an Palmae und Plantae schmerzhafte Einrisse. Intensiver Pruritus. Schwinden des Ausschlages mit Pigmentierung. Die aufgeworfene Frage, ob es sich um sekundäre Syphilis, Lichen planus oder Arsenfolge handelte, wird auch durch die Diskussion nicht geklärt.

Haldin Davis: **Fall von Granuloma annulare.** Beginn am Daumen als schildförmige Infiltration, Ausbreitung auf die übrigen Finger, Zirkulationsstörungen.

G. W. Sequeira: **Ringeruption des Fingers — Granuloma annulare von außergewöhnlich langer Dauer.** Seit 17 Jahren bestehende zuerst, jetzt jedoch nicht mehr ringförmige Knötcheneruption. Haut zwischen den Knötchen eingesunken, atrophisch.

G. W. Sequeira: **Seborrhoische Dermatitis von ungewöhnlicher Schwere nach einem Anfall von Urtikaria ab ingestis.** Zwei Jahre zuvor nach Kaninchen aufgetreten.

H. C. Semon: **Fall von oberflächlichem Epitheliom.** Oberflächlicher Typus von Basalzellenepitheliom, schleichend gutartige Varietät. Mit günstigem Erfolge behandelt mit Röntgenbestrahlungen (4 Sitzungen zu je 2 Sabourauddosen mit $^1/_2$-mm-Aluminiumfilter) und Kohlensäureschnee.

E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Allgemeine syphilitische progressive Paralyse und Zerebrospinalflüssigkeit, von J. A. Sicard und H. Roger. (Presse méd., 1918, Nr. 50.) Während die Diagnose der progressiven Paralyse im allgemeinen keine großen Schwierigkeiten bereitet und bei der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit mit den jetzt üblichen Methoden, wie Verff. darlegen, mit aller Bestimmtheit sich stellen läßt, versagen die Behandlungsversuche mit wenigen Ausnahmen durchaus. Verff. haben trotz sehr gewagter Behandlungsarten nur negative Resultate erhalten. Sie haben tägliche intravenöse Injektionen von 0,3 Neosalvarsan 2—3 Monate hindurch verabreicht bis zum Verbrauch von 20 und

Digitized by Google

25 g des Mittels; sie haben wöchentlich Einzeldosen von 1,5—1,8 g gegeben; sie haben in Chloroformnarkose Serum oder Kochsalzlösung in den Rückenmarkskanal injiziert, um einen Reiz zu schaffen, und haben alsdann die kolossale Dosis von 1,5 g Neosalvarsan intravenös folgen lassen und diesen Eingriff mit 8tägigen Pausen 2 Monate lang fortgesetzt. Besondere Beschädigungen wurden nicht beobachtet, aber auch keine Heilerfolge. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

c. Ätiologie.

Syphilitischer Schanker im Verein mit Spindelspirillen, von Payenneville. (Presse méd., 1918, Nr. 70.) Bei einer Frau mit positiver WR ergab die Untersuchung eines am Labium maius lokalisierten Geschwürs zunächst nur das Vorhandensein von spindelförmigen Spirillen wie bei Angina Vincenti und erst nach 24stündiger Applikation von feuchten Kompressen wurden Spirochäten gefunden. Verf. lobt die Methode von Harrisson mit Verwendung von Kollargol in wässeriger Lösung zur Unterstützung eines Dunkelfeldes. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frühdiagnose der Syphilis, von Riehl-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 26.) Empfehlung eines Kapillarröhrchens aus Glas, mit welchem Reizserum aus Primäraffekten angesaugt und als Untersuchungsmaterial an geeignete Stellen eingesandt werden kann. In diesen Kapillarröhrchen lassen sich die Spirochäten 1—2 Tage nachweisbar erhalten. H. Vörner-Leipzig.

Die Übertragbarkeit der Syphilis, von W. R. Wilson-Doncaster. (Brit. m. J., 27. Sept. 1919, Nr. 3065.) Es wird über drei Familien berichtet, bei denen die Übertragung der Infektion auf mehrere Mitglieder ohne venerischen Umgang erfolgte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

d. Serologie.

Blut- und Liquorbefunde bei Tabes und Paralyse, von Anton Oltmanns. (Diss., Klinik v. Strümpell, Leipzig 1918.) 142 Fälle von Tabes dorsalis und 25 Fälle von Dementia paralytica. Von den 142 Fällen von Tabes sind Liquoruntersuchungen bei 33 Fällen gemacht, bei allen 142 Fällen Blutuntersuchungen. Bei den 25 Fällen von Dementia paralytica ist ausnahmslos Blut und Liquor cerebrospinalis untersucht worden: 1. Ergebnis bei Tabes: Die WR im Blut ist positiv in etwa 75%. Bei inzipienten Fällen in 50%, bei vorgeschrittenen Fällen in 79%. Die WR im Liquor cerebrospinalis ist positiv in 79% (bei Anwendung von Liquormengen bis 0,8 ccm). Die Phase I-Reaktion ist positiv in 52%. Die Pandysche Reaktion ist positiv in 90%. Pleozytose ist vorhanden in 66%. Drucksteigerung im Liquor findet sich in 81%. Trüber Liquor in 11%. Negativer Ausfall in allen vier Reaktionen spricht nicht unbedingt gegen Tabes. 2. Ergebnis bei Paralyse: Die WR im Blut ist positiv in etwa 92%, im Liquor in etwa 96% (bei Anwendung von Liquormengen bis 0,8 ccm). Die Phase I-Reaktion ist positiv in 92%, die Pandysche Reaktion in 100%. Pleozytose ist vorhanden in etwa 96%. Drucksteigerung im Liquor in 64%. Trüber Liquor findet sich in 9%. Bei der Paralyse ist der positive Ausfall aller vier Reaktionen fast konstant, doch spricht das negative Ergebnis der einen oder anderen Reaktion nicht unbedingt gegen die Diagnose progressive Paralyse. F. Weiler-Leipzig.

Der Einfluß der Syphilis auf das Komplement der Patienten, von B. H. Shaw-Stafford. (Brit. m. J., 26. Juli 1919, Nr. 3056.) Bekanntlich findet sich im allgemeinen eine Verminderung des Komplements im Serum von syphilitischen Patienten. Verf. hat bei einigen (4) Fällen mit Spätläsionen bzw. frisch überstandener Lues nebst Kontrollfällen Versuche in bezug auf die Schnelligkeit der Hämolyse mit frischem Serum und mit dem einige Tage lang aufbewahrten Serum gemacht. Er fragt, woher es kommt, daß auch bei wieder negativ gewordenem Wassermann die komplementäre Aktivität noch vermindert gefunden wird, und wie lange dieser Zustand wohl andauert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Bedeutung der WR für die Feststellung der Ätiologie der Augenerkrankungen, von Wilhelm Enste. (Diss., Marburg 1917.) Seit 1909 wurde in der Marburger Augenklinik bei 262 Fällen die WR angestellt. Von den 262 reagierten 75 = 28,62% positiv, der Rest 187 = 71,4% negativ. Unter den positiven befanden sich: je ein Fall von Erkrankung der Augenlider und der Retina, 41 (von 62) Fälle von Keratitis parenchymatosa, 7 (von 49) Fälle an Erkrankungen der Iris und der Corpus ciliare, 5 (von 30) Fälle von Neuritis nervi optici, 5 (von 28) Fälle von Atrophia nervi optici, 15 (von 31) Fälle von Augenmuskellähmungen. In sämtlichen Fällen von

Digitized by Google

Erkrankungen der Sklera und der Chorioidea war der Ausfall der WR negativ. Die Prozentzahlen der positiven WR sind im allgemeinen etwas geringer als bei anderen Statistiken. Dies ist durch die Seltenheit der Lues bei der ländlichen Bevölkerung erklärlich. F. Weiler-Leipzig.

Tabes dorsalis und Paralyse in ihren Beziehungen zur WR, von Gundobald Hebel. (Diss., München 1917.) Bei einer Krankenaufnahmezahl von 64000 in den beiden Münchener Kliniken und 12000 Aufnahmen ins Ambulatorium in den Jahren 1910—13 kamen 550 Tabesfälle zur Beobachtung, das sind 0,72%. Paralyse wurde diagnostiziert in 102 Fällen, und zwar bei 80 Männern und 22 Frauen. Die Reaktion wurde unter den 102 Paralysefällen angestellt bei 78, und zwar bei 62 Männern und 16 Frauen. Die Reaktion war positiv bei 75 Patienten, bei 59 Männern und 16 Frauen. Bei den Tabesfällen war die Reaktion bei 300 Patienten im Krankenhaus angestellt worden. Von diesen hatten 250 einen positiven Wassermann dargeboten, 157 Männer und 93 Frauen. Der Rest, 35 Männer und 15 Frauen, blieb negativ. In 37 Fällen gelang es, die Gründe für das Negativwerden der Reaktion glaublich nachzuweisen. In 13 Fällen war eine Erklärung des negativen Wassermann nicht möglich, und zwar bei 8 Männern und 5 Frauen. F. Weiler-Leipzig.

Die WR bei tertiärer und maligner Syphilis und ihre Beeinflussung durch die Therapie, von Motel Kleinmann. (Diss., Berlin 1919.) Die WR ist bei florider tertiärer und maligner Syphilis in der Mehrzahl der Fälle positiv. Bisweilen fehlt sie. Es reagierten beim Vorhandensein von manifesten Erscheinungen von 104 Fällen tertiärer Syphilis 95 positiv, 9 negativ; von 49 Fällen maligner Syphilis 47 positiv, 2 negativ. Für den Ausfall der Reaktion ist die Stärke der vorangegangenen Behandlung beim Vorhandensein manifester Erscheinungen gleichgültig. Ebenso ist ein deutlicher Einfluß der Art der Erscheinungen und ihres Sitzes nicht nachweisbar. Auch ist kein großer Einfluß auf den Ausfall der Reaktion zu bemerken, je nachdem es sich um einen einzelnen Herd oder um mehrere handelt. Eine positive WR wird in den meisten Fällen tertiärer und maligner Syphilis von einer antisyphilitischen Behandlung schwer beeinflußt. So reagierten von 53 untersuchten Fällen tertiärer Lues nach der spezifischen Behandlung 13 negativ, von 22 Fällen maligner Lues 5 negativ. Die Reaktion kann sich nach eingeleiteter Therapie in Fällen, in denen sie nicht vorhanden war, einfinden; in Fällen, in denen sie schwächer war, verstärken. F. Weiler-Leipzig.

Zur Verwendung einer natürlichen kalorimetrischen Stufenleiter bei der WR, von A. Bergeron und E. Normand. (Presse méd., 1918, Nr. 51.) Um eine exaktere und genau registrierbare Beurteilung des Grades der Hämolysenhemmung bei der WR zu erzielen, stellen Verff. sich bei ihren Untersuchungen aus Hammelblut 10 abgestufte Proben von gelösten Blutkörperchen her. Die erste Stufe A enthält 0,2 ccm einer 10fach verdünnten Mischung von roten Hammelblutkörperchen in physiologischer Kochsalzlösung, Stufe B wird hergestellt durch Verdünnung der Stufe A um das 5fache; nun werden 10 (oder auch nur 9) Reagenzgläser mit 0,1 bis 0,9 (oder 1,0) ccm der Lösung B beschickt und je mit genügenden Mengen Hämolysin und Alexin versetzt, um totale Hämolyse zu erzielen; mit NaCl-Lösung wird das Gesamtquantum Flüssigkeit in den Reagenzgläsern auf 2,5 ccm aufgefüllt, außerdem wird 0,2 Menschenserum und 0,3 Antigen hinzugesetzt, worauf im Brutschrank bei 37° C der Eintritt der Hämolyse abgewartet wird. Man hat dann zum Vergleich mit den Wassermannschen zehn Farbstufen, von denen die (entbehrliche) zehnte der kompletten Hämolyse entsprechen würde. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Schädlichkeiten der WR, von G. Thibierge. (Presse méd., 1918, Nr. 66.) In längerer Auseinandersetzung legt Verf. dar, daß die WR kein absolutes Kriterium, sondern nur ein Symptom ist und als solches bewertet werden muß — was von deutschen Verff. schon wiederholt betont worden ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über WR, von Narbel. (Rev. Méd. de la Suisse rom., 1919, Jg. 39, Nr. 9.) Sie sei positiv in 100% der Fälle bei unbehandelter rezenter Syphilis falls das Blut 30—50 Tage nach Erscheinen des Schankers entnommen sei; er schildert einige klinische Fälle, wo bei manifester sekundärer Lues Wassermann negativ gewesen sei. Die positive WR in Abwesenheit anderer klinischer Symptome ist verdächtig, aber berechtigt noch nicht zur spezifischen Behandlung. Michaud ist in der Diskussion derselben Ansicht, zumal Grippe und Scharlach vorübergehend positive WR geben können. Berdez fügt zu den Krankheiten, die eine positive WR geben, die multiple Sklerose hinzu, man kennt 13 Fälle in der Literatur, und Berdez fügt (in der Diskussion) einen weiteren Fall aus seiner persönlichen Erfahrung hinzu. Brunnschweiler sagt, daß man die

Digitized by Google

multiple Sklerose als durch die Syphilis verursacht angenommen hat, aber bei dieser Krankheit würde die WR bereits dadurch positiv, daß durch die dauernde Zerstörung nervöser Substanz, Lipoide in das Blut ausgeschwemmt werden. NARFEL führt aus, daß bei hereditär Syphilitischen Spirochäten durch die Behandlung aufgelöst würden, dadurch Toxine frei würden, die nach zehn Tagen durch Hervorrufung von Antikörpern positive WR geben, es sei daher diese Reaktivation ein gutes diagnostisches Hilfsmittel in verdächtigen Fällen. NARBEL unterscheidet bei hereditär Syphilitischen zwischen Individuen, welche in ihrem Organismus Spirochäten beherbergen und solchen, welche ohne Spirochäten geboren werden, aber in einem Zustand der Schwäche, ähnlich dem tuberkulösen Kinde, welches ohne Kochsche Bazillen geboren wird. TAILLENS fügt hinzu, daß bei letzteren Kindern die spezifische Behandlung gute Erfolge zeigt.

F. W. Oelze-Leipzig.

Die klinische Bedeutung der Serodiagnose der Syphilis mittels der Auflockerungsreaktion für die Prognose und Therapie der Lues, von ALFRED PERUTZ-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 39.) Die Methodik wird in der Weise angegeben, daß zu 0,4 inaktiviertem Serum 0,2 ccm einer 20mal verdünnten Stammlösung (Na glycoch. 2, Cholesterin 0,4 ad 100 Alkohol von 96%) und 0,2 ccm einer frisch bereiteten Lösung von glycocholsaurem Natron zugesetzt werden. Nach kräftigem Umschütteln wird die Ausflockung in 24 Stunden abgelesen. Nur deutliche Ausflockung gilt als positiv. Die Reaktion weist 2—4 Wochen früher als die WR die Reagine, also die konstitutionelle Lues im Blute nach. Wegen der Divergenzen der serologischen Befunde im Primärstadium zugunsten dieser Präzipitation ist der Vorschlag WASSERMANNS als Markstein einer biologischen Einteilung der Syphilis in eine Vor- und Nach-Wassermann-Periode nicht zweckmäßig.

H. Vörner-Leipzig.

e. Therapie.

Schwere Arsenmelanose und Hyperkeratose nach Neosalvarsaneinspritzungen, von JULIUS HELLER. (B. kl. W., 1918, Nr. 46). Ein 47jähr. Pat. erhielt fünfmal Salvarsan zu 0.6. Darauf allgemeine Rötung und Schuppenbildung der Haut mit starkem Jucken. Weiterhin dreimal 0,15 Neosalvarsan und Sol. Fowleri tropfenweise. Danach Schwarzbraunfärbung der Haut bis zu Negertypus fast in ganzer Ausdehnung bei Verschonung der Schleimhäute. Starke Schuppenbildung der ganzen Körperhaut. Starke Hyperkeratose an Handtellern und Fußsohlen. Ausfall fast der ganzen Behaarung, Ödem an Hodensack und Unterextremitäten. Auf symptomatische Behandlung hin Besserung, bezüglich der Hautfärbung jedoch nur stellenweise Aufhellung. Im zweiten Fall erhielt ein 23jähr. Pat. sechsmal Neosalvarsan Dosis 2—3. Nach juckendem, aus roten Flecken bestehendem Exanthem über den ganzen Körper, stellenweise nässende Dermatitis, schließlich Dunkelbraun-, fast Schwarzfärbung der Körperhaut in ganzer Ausdehnung. Der dritte Pat., Tabiker, erhielt im ganzen 2,1 g Neosalvarsan. Einige Tage nach Schluß der Behandlung Auftreten einer stark nässenden allgemeinen Hautentzündung mit panzerartigen Borken und Dekubitus. Nach Abheilung keine Dunkelfärbung der Haut, aber ausgedehnte Hyperkeratose beider Fußsohlen, in mäßigem Grade auf den Handtellern. Einen Grund zur Einschränkung der Salvarsantherapie möchte Verf. in diesen Idiosynkrasien nicht erblicken.

E. Klemm-Leipzig.

Kolloide bei Syphilis, von J. E. R. MC DONAGH. (Brit. m. J., 19. Mai 1917, Nr. 2942.) Die größere Wirksamkeit der Kolloidverbindungen gegenüber den gewöhnlichen chemischen Verbindungen beruht eben darin, daß sie der Form gleichen, in welcher sich die Elemente im menschlichen Organismus selbst befinden. Bei Syphilis sind die Kolloidpräparate besonders angebracht, weil bei diesem Leiden sich Proteinpartikelchen in besonderer Größe und besonders reichlich im Serum vorfinden, welche in Verbindung mit den Kolloiden zerfallen und somit eine vergrößerte Wirkungsfläche gegenüber dem Syphilisvirus entfalten. Die wichtigsten Kolloidverbindungen sind diejenigen mit Eisen, mit Arsen, Schwefel, Jod und Quecksilber. Die intravenöse Methode der Einverleibung ist immer vorzuziehen außer etwa beim Schwefelkolloid, denn die intramuskuläre Injektion ist bei allen mehr oder weniger schmerzhaft. Die Therapie muß neben den oxydierenden Mitteln (Fe, Hg und Arsenobenzol) auch die reduzierenden Mittel wie Jod und Schwefel bei der Syphilis in Anwendung bringen. Jodkolloid hat den Vorzug, daß es keine Intoxikationswirkungen hervorbringt. Das zusammengesetzte Schwefelkolloid, Diorthoaminothiobenzol oder Intramin ist sowohl ein Antisyphilitikum als auch ein Gegenmittel gegen Quecksilbervergiftung.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Zwei tödlich verlaufende Fälle von Icterus gravis nach Injektionen von Novarsenobillon, von P. C. Fenwick, G. B. Sweet und E. C. Lowe. (Brit. m. J., 20. April 1918, Nr. 2990.) Ein 26jähr. Soldat meldete sich wegen Gelbfärbung der Augen und der Haut und wegen eines geringen, ihn nicht weiter belästigenden Schmerzes im rechten Hypochondrium zur Aufnahme. Er war zwei Monate zuvor wegen Primärsyphilids und eines größeren Geschwürs mit positivem Spirochätennachweis in Behandlung genommen worden und hatte Injektionen von Novarsenobillon und Hg erhalten. Das anfangs bestehende Wohlbefinden wich bald; der Ikterus nahm zu, und es stellte sich Brechreizung ein; 14 Tage nach der Aufnahme erfolgte der Tod. Die Obduktion ergab der Hauptsache nach Schrumpfung und Zeichen von Entartung an der Leber, welche stellenweise rotgefärbt aussah und starke Entartung der Leberzellen aufwies, stellenweise von grüner Farbe war mit weniger fortgeschrittener Degeneration. Der zweite, dem obigen analoge Fall betraf einen 20jähr. Soldaten, der neben der syphilitischen Infektion auch an Pleuritis litt. Die histologische Untersuchung der Leber ergab verschiedene Eigentümlichkeiten, welche von dem sonst bekannten Befunde abwichen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Salvarsanbehandlung der Syphilis, von L. Jones und A. J. Gibson. (Brit. m. J., 3. Febr. 1917.) Verff. haben nach dem vom englischen Kriegsministerium vorgeschriebenen Modus eine Serie von 200 Fällen von primärer und sekundärer Syphilis erfolgreich behandelt. Die Vorschrift sieht folgenden Gang der Behandlung vor: In den ersten 8 Wochen oder vielmehr 52 Tagen erhält Pat. im ganzen 2,8 Salvarsan und 8 Dosen Hg (1,0). Dann folgen 14 Tage ohne Injektion, aber mit Verabreichung von Jodkali, und im Verlauf der nächsten 15 Tage werden 3 Dosen Hg und 1,2 Salvarsan gegeben. Es war nicht für alle Fälle nötig, mehr als den ersten Behandlungsturnus zu verabreichen. Behandelt wurden 125 Primärfälle und 75 sekundäre. Von ersteren waren 109 nach dem ersten Turnus negativ in bezug auf klinische Erscheinungen und WR; von den 75 sekundären Fällen waren nur 32 negativ geworden. Es konnte nicht bei allen Fällen die nötige ganze Behandlung mit ihren drei Perioden durchgeführt werden, aber unter 182 vollbehandelten Pat. ergaben schließlich 172 negative Reaktion. Unerwünschte Nebenwirkungen waren, wie in einer ausführlicheren Besprechung dargelegt wird, freilich ziemlich zahlreich.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tod nach Salvarsan, von M. D. Wadia. (Brit. m. J., 6. Jan. 1917, Nr. 2923. Ein 23jähr., etwas anämischer und magerer indischer Soldat, mit einer frischen Infektion in Gestalt von typischem Exanthem, erhielt eine intravenöse Injektion von 0,5 Salvarsan. Es traten ziemlich bald darauf ausgiebiges Erbrechen, Durchfall und Zeichen von Herzschwäche hervor. Nach zeitweiliger Besserung stellte sich intensiver Ikterus mit Leberschwellung ein, und unter zunehmender Herzschwäche ging Pat. am zehnten Tage nach der Injektion zugrunde. Autopsie konnte nicht ausgeführt werden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung der Syphilis im Frühstadium, von R. Gibson-Manchester. (Brit. m. J., 8. Febr. 1919, Nr. 3032.) Die hier dargelegten Grundsätze sind die gleichen, wie sie von deutschen Verf. im allgemeinen auch schon befolgt werden, nur daß an Stelle von Salvarsan und Neosalvarsan englische Ersatzmittel, wie Neokharsivan, Novarsenobillon und Galyl, verwendet werden. Am ersten Tage, d. h. sobald das Bestehen einer Infektion festgestellt ist, und noch ehe die WR positiv geworden ist, erhält Pat. eine intramuskuläre Hg-Injektion. Am zweiten Tage folgt eine intravenöse Injektion eines Arsenpräparates, worauf dann wöchentlich beide Mittel gleichzeitig bis zur Verabreichung von je acht Behandlungen gegeben werden. Im Laufe der sechsten Woche wird auch Jodkali, 0,6 per die, verabreicht. Einige Pat. kommen wohl auch mit einer kürzeren Behandlung aus. Bei späteren Fällen mit positiver Reaktion werden Serien von 6 bzw. von 3 Wochen Dauer in ähnlicher Weise weiter verabreicht.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der relative Wert der intravenösen und der intramuskulären Injektionen von Novarsenobillon, von L. G. Leonard-Manchester. (Brit. m. J., 30. Aug. 1919, Nr. 3061). Aus einem Vergleich der mit diesen beiden Anwendungsmethoden erzielten Erfolge zieht Verf. den Schluß, daß die intramuskuläre Methode bessere Heilwirkungen erzielt, aber wegen ihrer Schmerzhaftigkeit wenig Anklang bei den Kranken, namentlich den nicht im Militärdienst stehenden, finden wird. Von den intramuskulär behandelten 168 Pat. mit positivem Wassermann wiesen 159 (= 95%) bei Beendigung der Behandlungsserie eine negative WR auf, während von 260 intravenös behandelten Kranken nur 230 (= 88,5%) ins negative Stadium übergeführt wurden. Bei kongenitaler und bei

Digitized by Google

tertiärer Syphilis waren die mit den beiden Methoden (bei 17 bzw. 66 Fällen) erzielten Resultate ähnlich. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über die Verabreichung von Arsenik bei Syphilis, von W. F. Lockart und J. R. Atkinson. (Brit. m. J., 11. Jan. 1919, Nr. 3028.) Die intravenöse Verabreichung von Arsenverbindungen kann, wie Verff. an einer Serie von 2859 Injektionen (welche Zahl nach Abfassung der Abhandlung noch vergrößert wurde) erprobt haben, mit einem ganz einfachen Apparat, nämlich Injektionsspritze, ein paar Schalen und einer Bürette (von 30 ccm Inhalt) für steriles Wasser ausgeführt werden. Verff. verwendeten Novarsenobillon und Novarsenobenzol in Dosen von 0,6—0,9 g, wobei zur Lösung nur 2 ccm Wasser nötig sind. Wenn über genügende Assistenz verfügt wird, können in einer Stunde 50—70 Injektionen verabreicht werden. Bei den wenigen Fällen, bei denen die Injektionsflüssigkeit nicht genau in die Vene gelangte, vergingen die Beschwerden ohne ernstere Folgen. In etwa drei Monaten wurden 540 Kranke behandelt. Neben der Salvarsanbehandlung wurden auch Quecksilberinjektionen verabreicht. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Arsentherapie der Syphilis bis zur Salvarsanära, von Ernst Bader. (Diss., Berlin 1918.) Eingehende historische Darstellung mit zum Teil ausführlichen Quellenangaben. F. Weiler-Leipzig.

Über die therapeutische Beeinflussung syphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems durch Quecksilber, Quecksilbersalvarsan kombiniert und Reinsalvarsan, von Recha Lämle. (Diss., München 1918.) Auf der I. medizinischen Klinik in München (v. Romberg) wurde 1912—13 die Lues mit Quecksilber und Jodkalium bekämpft. 1914 ging man zur kombinierten Quecksilbersalvarsan-Behandlung über, und zwar in der Weise, daß man entweder der Salvarsanbehandlung (Altsalvarsan) einige Quecksilberinunktionstouren vorausschickte oder jeder Salvarsaninjektion 0,07 bis 0,1 Merzinol vorausschickte. 1915 ging man zur reinen Salvarsanbehandlung über: Salvarsannatrium, Gesamtdosis 4,0—4,5; höchste Einzeldosis 0,6 wöchentlich. Wiederholung der Kur in 3—6 Monaten. Meist vier- bis sechsmalige Wiederholung der Kur. Es wurden behandelt von Pat., die an Tabes dorsalis erkrankt waren, 20 mit Quecksilber, 21 mit Quecksilbersalvarsan kombiniert, 26 mit Reinsalvarsan. 61% wurden subjektiv beschwerdefrei, 10% objektiv gebessert, vollkommen geheilt wurde kein Pat. Von an Meningomyelitis Erkrankten wurden behandelt 4 mit Quecksilber, 8 mit Quecksilbersalvarsan kombiniert, 5 mit Reinsalvarsan. Bei den beiden ersten Behandlungsmethoden blieben Fälle unbeeinflußt, bei Reinsalvarsan nicht. Ferner wurden behandelt 32 Kranke, die an Endarteriitis luetica, und 10 Kranke, die an Meningitis basalis litten, und zwar 12 bzw. 4 mit Quecksilber, 11 bzw. 3 mit Quecksilbersalvarsan kombiniert und 9 bzw. 3 mit Reinsalvarsan. Hierbei zeigte sich die Überlegenheit der reinen Salvarsanbehandlung noch deutlicher wie bei der Meningomyelitis. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Alle Symptome werden am sichersten durch Reinsalvarsan zum Schwinden gebracht. 2. Die relativ größte Zahl der Symptome wird günstig beeinflußt durch Reinsalvarsan. 3. Die erzielte Besserung ist von der längsten Dauer nach Reinsalvarsan. 4. Auch wenn Quecksilber und Quecksilbersalvarsan vollständig versagen, wirkt oft Reinsalvarsan. 5. In den meisten Fällen wird ein Stillstand des Prozesses erzielt durch Reinsalvarsan. 6. Die unangenehmen Begleiterscheinungen sind unvergleichlich viel geringer nach Reinsalvarsan als nach Quecksilbersalvarsan und Quecksilber. 7. Nach Reinsalvarsanbehandlung fast immer gehobenes Allgemeinbefinden und Gewichtszunahme im Gegensatz zu den beiden anderen Behandlungsarten. F. Weiler-Leipzig.

Die interne Behandlung der Syphilis, von Hans Lewin. (Diss., Berlin 1919.) Als älteste Antisyphilitika sind die Pflanzendekokte, die Holztränke bekannt, deren wichtigste Bestandteile die Radix Sarsaparillae und das Lignum Guajaci sind. Später wurden mit reinem Quecksilber und mit Quecksilbersalzen gute Erfolge erzielt. (Sublimat, Kalomel, Protojoduretum hydrargyri, Hydrargyrum tannicum oxydulatum u. a.) Von neueren Quecksilberpräparaten stellt Hyrgol das Quecksilber in kolloidaler Form vor, Mergal ein Gemisch von cholsaurem Quecksilberoxyd mit Tannalbin. Hg-Glidine ist an Pflanzeneiweiß gebundenes Quecksilber in Form von Tabletten, Merlusan stellt eine Verbindung von Quecksilber mit Tyrosin dar. Von Jodpräparaten sind die meistgegebenen: Jodkalium, Jodnatrium, Jodammonikum, Jodrubidikum. Eine gleichzeitige Jod- und Quecksilberwirkung erreicht man mit Hydrargyrum sozojodolicum, in Tablettenform unter dem Namen Merjodin bekannt. Jodquecksilberhämol, das von Rille mit gutem Erfolge angewandt wurde, verbindet die Jod- und Quecksilberwirkung mit der des Eisens. Bei Rachitis mit gleichzeitiger Lues soll sich Jodmetaferrin bewährt haben.

Digitized by Google

Von neueren Präparaten werden u. a. genannt: Jodglidine, Jodalbazid, Jodomenin, Jodtropon, Jodostarin, Jodothyrin, Jodival, Sajodin. Eine wichtige Rolle in der internen Syphilisbehandlung spielt auch das Arsen schon von den frühesten Zeiten an.

F. Weiler-Leipzig.

Die lokalhyperämische Reaktion bei Verwendung von Arsenikpräparaten in der Syphilistherapie, von Lacapère-Fez. (Presse méd., 1918, Nr. 27.) Analog der Herxheimerschen Hautreaktion kann man bei der Behandlung mit Salvarsan und Neosalvarsan auch von seiten gewisser anderer vorwiegend beteiligter Organe eine das physiologische Maß übersteigende Reaktion beobachten, wenn die verabreichte Dosis zu reichlich bemessen war. Verf. schildert einige Beobachtungen dieser Art bei Fällen von Tabes, von Laryngitis luetica, Myokarditis und namentlich bei einem Fall von syphilitischen Kopfschmerzen. Bei Verabreichung von 0,55 Neosalvarsan im Laufe von 10 Tagen in refracta dosi erfolgte bei der dritten Injektion ein schwerer Kollaps, der nur durch prompte Injektion von Adrenalin zum glücklichen Ausgang gelangte.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Silbersalvarsan, von Wilhelm Kerl-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 17.) Das Mittel wird zu 0,1 in 6 ccm Wasser gelöst und entweder in dieser oder der doppelten Dosis an zwei aufeinanderfolgenden Tagen injiziert, in achttägigen Pausen wiederholt bis zur negativen Seroreaktion. Wirksamer war die Kur, wenn die Injektionen an drei aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommen wurden. Die Vorzüge des Präparates bestehen einmal in der guten Verträglichkeit desselben, in der prompten Beeinflussung der luetischen Effloreszenzen und in der geringen Intoxikationsgefahr, da mit der kleinen Dosis von 0,1—0,2 der gleiche Erfolg wie mit 0,4 Altsalvarsan erzielt wird.

H. Vörner-Leipzig.

Die Jarisch-Herxheimersche Reaktion, von Max Hesse-Graz. (W. kl. W., 1919, Nr. 17.) Die Jarisch-Herxheimersche Reaktion ist keine der Syphilis ausschließlich zukommende Erscheinung und ist auch nicht für ein bestimmtes Mittel spezifisch. Das Vorkommen derselben auch bei Ekzem, Urtikaria und toxischen Exanthemen beweist, daß sie durch das Medikament selbst ausgelöst wird. Es ist anzunehmen, daß auch bei der Syphilis die Entstehung des Phänomens durch die gleiche Ursache herbeigeführt wird, nämlich durch die gefäßwandschädigende Wirkung des Medikamentes. Dieser Erklärung entspricht das vermehrte und heftige Auftreten der Reaktion seit der Salvarsanära, ferner die analoge Beobachtung bei intravenösen Quecksilberinjektionen, weiter das gelegentlich lange Bestehen der Exantheme und die Unmöglichkeit, sie durch gesteigerte Behandlung zu beseitigen (weil die Schädigung der Gefäße eher zu- als abnimmt) und schließlich das verspätete Auftreten nach der 2.—3. Injektion.

H. Vörner-Leipzig.

Versuche zur Behandlung luetischer Augenerkrankungen mit unspezifischen Heilmethoden, von R. Possek-Graz. (W. kl. W., 1919, Nr. 29.) Die Behandlung bestand in subkutanen Injektionen von Typhusvakzine. Am wirksamsten waren 1—2 Monate alte Aufschwemmungen mit einer Keimzahl von 500 Millionen; injiziert wurden gewöhnlich 0,6—1 ccm am 1., 2., 4. und evtl. 6. Tage. Die Reaktionen sind unbedeutend, Rötung und Schwellung sowie Temperatursteigerung bis 38°. Das Ergebnis dieser Behandlung ist, daß sowohl Augenerkrankungen anderer Ätiologie als auch solche auf luetischer Basis günstig beeinflußt werden, und daß unter Umständen die bereits eingeleitete antiluetische Kur zu unterstützen geeignet ist und in einzelnen Fällen Erfolge von überraschender Wirkung erreicht werden. Es scheint sich jedoch diese Wirkung nur auf den lokalen Prozeß zu erstrecken, denn die WR wurde hierdurch nicht beeinflußt.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Frage der endolumbalen Salvarsanbehandlung und über den Einfluß der Behandlung auf Immunkörperbildung und den weiteren Krankheitsverlauf der Syphilis, von R. Matzenauer-Graz. (W. kl. W., 1919, Nr. 33.) Gegen das Ende des Sekundärstadiums sollte die Liquoruntersuchung nicht versäumt werden, um noch rechtzeitig eine wirksame Behandlung einzuleiten. Dagegen wird der endolumbalen Salvarsanbehandlung die Berechtigung abgesprochen. Weiterhin wird die Anschauung bekämpft, daß der Verlauf der Syphilis von der verschiedenen Virulenz der Spirochäten abhängig sei. Dieser wird vielmehr durch die gute oder schlechte Konstitution des Individuums bedingt. Von der Art derselben hängt wiederum die geringere oder reichlichere Immunkörperbildung ab. Umstimmung und Schädigung des Gewebes bestimmen Charakter und Lokalisation. Der Einfluß einer mißlungenen Abortivkur hemmt nur den

Digitized by Google

natürlichen Verlauf der Syphilis auf einige Zeit. Die spezifische Therapie im Sekundärstadium ist nicht bloß spirochätentötend, sondern unterstützt auch die Immunkörperwirkung. Eine unzureichende Behandlung in diesem wirkt nicht verschlimmernd, sie kann nur den spontanen Verlauf der Krankheit nicht aufhalten. Die chronisch intermittierende Kur verhindert präventiv das Auftreten von Spätsymptomen.

H. Vörner-Leipzig.

Über Modenol, von Edmund Lekisch-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 39.) Modenol ist ein unschädliches, mildes, dabei wirksames Antisyphilitikum mit einem Gehalt von 0,4% Hg und 0,6% As. Es ist ein lösliches Präparat wie das früher beliebte Enesol und kommt wie dieses in Form steriler Ampullen zu 2 ccm Inhalt zum Verkauf. Es wird von Personen, die die üblichen Präparate nicht vertragen, noch gut toleriert. Bei seiner Anwendung erhöht sich der Hämoglobingehalt und in manchen Fällen sogar das Körpergewicht.

H. Vörner-Leipzig.

Blennorrhoe.

a. Ätiologie.

Gleichzeitige Infektion mit Blennorrhoe und Syphilis, von J. A. Watt. (B. m. J., 6. April 1918, Nr. 2988.) Entgegen den von Lumb mitgeteilten Erfahrungen über ungünstige Wirkungen einer antisyphilitischen Behandlung auf eine komplizierte Gonokokkeninfektion berichtet W., daß er bei einem Material von mehr als 200 solchen Fällen niemals etwas derartiges beobachtet hat. Vielmehr wurden die Blennorrhoen bei den Luikern im allgemeinen schneller zur Heilung gebracht als die nicht mit Lues komplizierten Blennorrhoen, da erstere strengere Behandlung mit Bettruhe erfahren.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Wiederholter Gonokokkennachweis bei einer Frau ohne Krankheitserscheinungen, von Bucura. (W. kl. W., 1919, Nr. 17.) Bei einer 26jähr. Frau, die mit einem blennorrhoekranken Manne verheiratet ist, dabei aber nie an Blennorrhoe gelitten hat, lassen sich nach jedem Verkehr Gonokokken nachweisen, die aber nach wenigen Tagen spurlos verschwinden, denn die wiederholten Untersuchungen stellen niemals irgendwelche Veränderungen fest; auch eitriges Sekret ist nicht zu beobachten. In Abstrichen von der Schleimhaut der Urethra, des Vestibulum und des Fornix fanden sich Gonokokken, sie lagen extra- und intrazellulär. Vakzineinjektionen lösten weder allgemeine noch lokale Reaktion aus. Der Fall beweist, daß eine klinisch absolut gesunde Frau einen Mann blennorrhoisch infizieren kann, ohne selbst an Blennorrhoe zu erkranken oder jemals früher erkrankt gewesen zu sein. H. Vörner-Leipzig.

Ein neues Kulturmittel für Gonokokken, von D. Thompson-London. (B. m. J., 30. Juni 1917, Nr. 2948.) Ein wesentliches Moment bei diesem Nährboden ist die Verwendung von Serum statt Blut, was durchaus keinen Nachteil auf das Wachstum ausübt. Die Vorschrift für die Herstellung lautet: Es wird in der üblichen Weise Nähragar (2,5%) mit Bouillon und Wittescbem Fleischpepton (1%) hergestellt und auf +6 angesäuert; dies wird mit 0,5% Ringerscher Lösung (NaCl 9,0, CaCl 0,25 und KCl 0,42 auf 1000 ccm) versetzt, sowie mit 2,5% Glukose. Mit dieser Mischung werden Reagenzröhrchen mit Portionen von etwa 4 ccm beschickt. Nachdem in kochendem Wasser sterilisiert worden ist, läßt man auf 50° abkühlen und setzt dann je 1 ccm Menschenserum zu jedem Röhrchen hinzu, worauf man nach gehöriger Verteilung in schräger Stellung erstarren läßt. Das nötige Serum verschafft man sich in praktischer Weise, indem man bei Entnahme von Blut für die Wassermannsche Probe, wozu sich immer Gelegenheit bietet, das nötige Quantum sichert und sofort zentrifugiert.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. September 1920 | Nr. 38 | Band 71

Aus der syphilidologischen Klinik des Karolinischen Instituts in Stockholm
(Vorstand: Prof. Dr. J. Almkvist).

Über Versuche mit ununterbrochener intensiver Behandlung der Syphilis.

Von

Prof. Dr. Johan Almkvist, Stockholm.

Wie wechselnd die Polypharmazie gegen die Syphilis in vergangenen Zeiten war, so findet man doch als gemeinsam, daß die verschiedenen Behandlungsmittel in Form einer Kur während einer begrenzten Zeit angeordnet wurden. Und in der Hoffnung, die Krankheit ganz zu töten, versuchte man während der Behandlungszeit die Mittel immer stärker und stärker zu geben. Die Geschichte der Syphilis hat uns gelehrt, wie infolge dieses Strebens die Kuren sogar lebensgefährlich wurden, ohne die Syphilis zu heilen. Die Salivations-, Hunger-, Aderlaß- und mehrere andere Kuren sind traurige Erscheinungen in der Geschichte der Medizin. Wenn auch in den vergangenen Jahrhunderten ab und zu Stimmen gegen diese ganze Behandlungsweise auftraten, gelang es doch erst dem großen Philippe Ricord, einen anderen Behandlungsplan gegen die Syphilis einzuführen. Sowohl in seinem „Traité pratique des maladies vénériennes" 1838 (S. 623—629) als in seinen „Leçons sur le chancre" 1860 (S. 295 bis 313) entwickelt er seine Gründe, die Krankheit während längerer Zeit, aber mit mäßigen Quecksilberdosen zu behandeln. So empfiehlt er eine Quecksilberbehandlung während sechs Monaten mit täglichen Quecksilberdosen per os, im Anfang kleinen, später aber allmählich steigenden, bis zu der Grenze, welche der Kranke ohne Vergiftungssymptome vertragen konnte. Als das wichtigste Symptom der Quecksilbervergiftung betrachtete Ricord die merkurielle Gingivitis, und er lehrte, man könne die individuelle Toleranz gegen das Quecksilber von dem Zahnfleisch des Patienten ablesen. Nach dem Ende der Quecksilberbehandlung gab Ricord während drei Monaten kontinuierlich Jodkalium, welches Präparat er ebenfalls als ein gutes Antisyphilitikum betrachtete. Durch diese Behandlungsweise hat Ricord in der Syphilisbehandlung das neue Prinzip: mäßige Dosen Quecksilber ohne Vergiftungssymptome, aber kontinuierlich während längerer Zeit eingeführt.

Die Behandlungsmethode Ricords wurde aber ziemlich bald verändert. Schon sein Schüler Fournier suchte statt der kontinuierlichen Behandlungsweise Ricords intermittente Kuren während mehrerer Jahre einzuführen. In seiner Arbeit „Traitement de la Syphilis" stellt er (S. 536

Digitized by Google

bis 565) unter dem Namen „Méthode des traitements succesifs ou traitement chronique intermittent" eine neue Behandlungsweise dar. Während einer Zeit von drei Jahren gab er längere oder kürzere Quecksilberkuren wiederholt mit gewissen Zwischenzeiten. Die erste Kur war gewöhnlich zwei Monate lang, die späteren kürzer. Die Zwischenzeit im Anfang vier bis sechs Wochen, später länger. Nach der dreijährigen intermittenten Quecksilberbehandlung eine dreijährige intermittente Jodkalibehandlung genau in derselben Weise. Als Grund für diese Änderung der Quecksilberbehandlung von kontinuierlich zu intermittent gibt Fournier an (S. 538), daß der Kranke sich an das Quecksilber gewöhne, so daß dieses nach einer gewissen Zeit nur „une influence relativement atténuée" ausüben könne, und ferner, daß die Gefahr einer Quecksilbervergiftung bei der kontinuierlichen Behandlung zu groß würde. Während einer kürzeren Zeit könne — meinte Fournier — ein Patient eine größere Menge Quecksilber als während einer längeren Zeit ohne Vergiftung vertragen. Als Behandlungsmittel konnte man nach Fournier alle gewöhnlichen Quecksilbermethoden verwenden, nämlich Einreibungen, Rauchen, Injektionen von löslichen oder unlöslichen Quecksilberverbindungen oder endlich Quecksilberpillen, welch letztere Methode er besonders bevorzugte. Diese chronische intermittente Behandlung erhielt seit dem Ende des 19. Jahrhunderts große Verbreitung in Europa, doch mit ziemlich vielen Variationen sowohl betreffs der Art, der Stärke, der Dauer und der Zahl der Kuren wie auch betreffs der Länge der Zwischenzeiten.

In der letzten Zeit aber, seitdem wir in den Salvarsanpräparaten ein zweites gutes Mittel gegen die Syphilis haben, scheint mir die Möglichkeit, eine kontinuierliche Syphilisbehandlung nach dem Gedanken Ricords anzuordnen, viel leichter. Auch wenn man zugibt, daß die Bemerkungen Fourniers gegen die Behandlung Ricords richtig sind, muß man doch einräumen, daß die intermittente Behandlung ebenso eine Schattenseite hat. Nach der ersten Quecksilberkur ist die syphilitische Krankheit noch nicht geheilt, sondern sie muß fortgesetzt behandelt werden. Da man trotzdem eine Behandlungspause macht, so kann ohne Zweifel das syphilitische Virus während derselben sich wieder entwickeln, wodurch die Wirkung der zweiten Kur verringert wird. Wenn wir dagegen zwischen den beiden Quecksilberkuren ein anderes antisyphilitisches Mittel als das Quecksilber geben könnten, so dürfte es wohl wahrscheinlich sein, daß die erwähnte Wiederentwicklung des syphilitischen Virus verhindert würde, und zwar ohne die Ungelegenheiten, welche Fournier betont hat (Gewöhnung an das Quecksilber und Vergiftung durch dasselbe).

Die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, welche nunmehr bei den sog. Abortivkuren gegen die Syphilis sehr gewöhnlich ist, hat jedenfalls erwiesen, daß die Gefahr der Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber unmittelbar nacheinander oder sogar gleichzeitig nur eine minimale ist, natürlich vorausgesetzt, daß man bei der Behandlung seine Fälle genau untersucht und die Größe der Dosen gut erwägt.

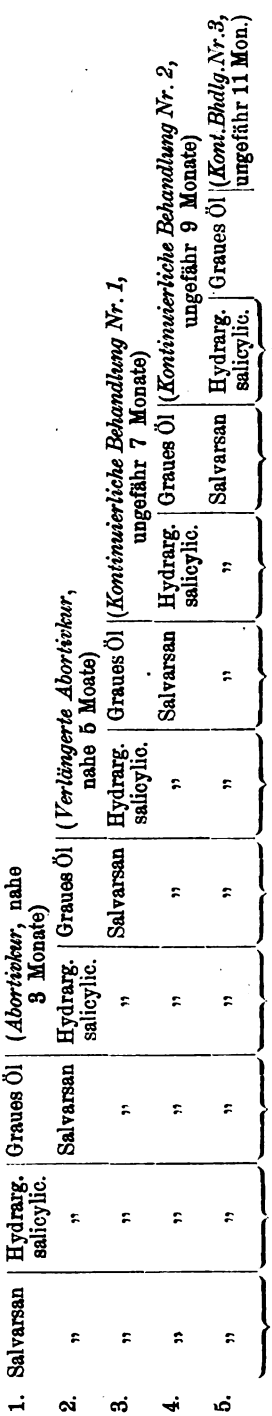
Diese Erfahrung hat bei mir den Gedanken erweckt, daß man vielleicht die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung nicht nur bei den kürzeren Abortivkuren, sondern auch bei antisyphilitischer Behand-

Digitized by Google

lung während längerer Zeit anwenden könnte, und deshalb nicht nur bei sehr frischen, sondern auch bei älteren Syphilisfällen.

Eine kontinuierliche Syphilisbehandlung während längerer Zeit mit der Intensität einer gewöhnlichen Kur, ohne die Gefahr, welche FOURNIER bemerkt hat, nämlich Gewöhnung und Vergiftung, und ohne die Möglichkeit einer Wiederentwicklung des syphilitischen Virus wie bei der intermittenten Behandlung, könnte man deshalb durch eine Reihe von abwechselnden und unmittelbar nacheinander folgenden Salvarsan- und Quecksilberkuren erhalten.

Ich glaube aber infolge meiner Erfahrungen über die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, daß man die Gefahr der Vergiftung etwas unterschätzt hat. Soviel ich gefunden habe, muß man das gleichzeitige Vorhandensein von Salvarsan und Quecksilber im Körper vermeiden, was mir auch theoretisch ganz erklärlich scheint. Das Vergiftungsbild des Salvarsans und des Quecksilbers decken einander nämlich teilweise. Beide Präparate können sowohl Exanthem auf der Haut und Enanthem in Mund, Pharynx und Larynx wie auch Veränderungen des Magendarmkanals erregen. Infolgedessen müssen wohl bei gleichzeitigem Vorhandensein dieser beiden Mittel im Körper Veränderungen dieser Art leichter entstehen können. Für meine kontinuierliche Behandlung habe ich deshalb zwei Vorschriften aufgestellt: 1. Salvarsan und Quecksilber sind nicht gleichzeitig zu geben, und 2. keine solchen Quecksilberpräparate sind anzuwenden, welche lange im Körper bleiben, z. B. graues Öl oder schwerlösliche Quecksilberverbindungen. Passend finde ich deshalb, die Quecksilberbehandlung in Form von Schmierkuren oder Injektionen von leichtlöslichen Quecksilberverbindungen zu geben. Wichtig ist ferner, durch die Quecksilberbehandlung keine Nierenreizung hervorzurufen. Hierdurch kann nämlich die Ausscheidung des danach verabreichten Salvarsans erschwert werden und giftige Zersetzungsprodukte des Salvarsans sich im Körper sammeln. Von den Quecksilberpräparaten habe ich hauptsächlich Hydrargyrum



Digitized by Google

salicylicum angewandt und niemals eine Nierenreizung durch dasselbe gefunden.

Wieviel abwechselnde Salvarsan- und Quecksilberkuren ich gebe, hängt von dem betreffenden Fall ab, und zwar teils von dem Verlauf des Falles, teils von der Dauer der Wassermannschen Reaktion. Die Dosierung des Salvarsans und Quecksilbers wird ebenso durch individuelle Verschiedenheiten bestimmt. Große Dosen sind meiner Meinung nach ohne Zweifel gut, man darf aber keine Vergiftungssymptome hervorrufen oder in irgendeiner Weise Schaden verursachen. Am Ende der kontinuierlichen Behandlung, aber nur zu diesem Zeitpunkt, gebe ich gewöhnlich eine Kur mit grauem Öl oder anderen im Körper lange verbleibenden Quecksilberpräparaten, um eine längere Nachwirkung zu erhalten. Um meinen Gedanken so deutlich wie möglich darzustellen, habe ich das beistehende Schema ausgearbeitet, möchte aber nur betonen, daß die Behandlung niemals einem solchen Schema genau folgen kann, sondern immer individuell ausgeführt werden muß. Wenn die Kranken nur kleine Dosen der Behandlungsmittel vertragen, oder wenn die Symptome der Krankheit hartnäckig sind, muß die Behandlung länger fortgesetzt werden. So habe ich die Salvarsankuren zwischen 20 und 45 Tage dauern lassen mit 5 bis 10 Injektionen in verschiedenen Dosen, die Quecksilberkuren zwischen 30 und 45 Tage, bei schwächerer Toleranz jedoch viel kürzer und bei guter Toleranz manchmal noch länger, bis zwei Monate. Die Durchschnittsziffern, welche für die Länge der fünf verschiedenen Typen angegeben sind, wechseln deshalb bedeutend.

Betreffs dieser Behandlung erheben sich sogleich zwei Fragen, die sehr wichtig sind für die Verwendbarkeit dieser Methode:

1. Wie lange kann man diese intensive kontinuierliche Behandlung fortsetzen?
2. Gibt diese Behandlung eine bessere therapeutische Wirkung als die chronisch intermittente Behandlung?

Meine Fälle, welche in dieser Weise behandelt sind, stammen sowohl aus meiner Klinik als aus meiner Privatpraxis seit dem Herbst 1917.

In dem großen Material meiner Klinik finden sich nur insgesamt 19 kontinuierliche Behandlungen mit einer wechselnden Behandlungszeit von 4—8 Monaten. Dies beruht darauf, daß die Kranken sehr selten in der Klinik lange genug bleiben können, und daß sie bei der ambulatorischen Behandlung oft zu einer entfernten Poliklinik übergehen müssen. In meiner Privatpraxis habe ich dagegen 23 Fälle mit einer Behandlungszeit von 4—12 Monaten. Meine Erfahrung über diese kontinuierliche und intensive Behandlung der Syphilis basiert sich also bis jetzt nur auf 42 Fälle. Was zuerst die Toleranz gegen diese Behandlungsform betrifft, so hat sie sich ganz ähnlich wie bei den Abortivkuren gezeigt. Es gibt einzelne Fälle, die nicht Salvarsan vertragen, und einzelne — wenn auch noch seltener —, welche das Quecksilber nicht vertragen, und diese können deshalb weder Abortivkuren noch kontinuierlicher Behandlung unterzogen werden. Alle Fälle aber, welche eine normale Toleranz gegen Salvarsan und Quecksilber haben und deshalb die Abortivkur vertragen, können ebenso meistenteils die Fortsetzung der Behandlung von der

Digitized by Google

Abortivkur bis zu der kontinuierlichen Behandlung vertragen, natürlich vorausgesetzt, daß man seine Fälle genau untersucht und die Dosen der Heilmittel in passender Stärke gibt. Nur in einem Falle hat eine zunehmende Mattigkeit ein frühzeitiges Aussetzen der Behandlung verursacht, sonst haben bis jetzt alle meine Patienten die Behandlung gut vertragen.

Die Behandlungszeiten sind ungefähr folgende:

Die Krankenhausfälle: 6 Fälle 4 Monate, 7 Fälle 4½ Monate, 2 Fälle 5 Monate, 1 Fall 6½ Monate, 1 Fall 7 Monate, 1 Fall 7½ Monate, 1 Fall 8 Monate.

Private Fälle: 6 Fälle 4 Monate, 3 Fälle 5 Monate, 1 Fall 5½ Monate, 4 Fälle 6 Monate, 2 Fälle 7 Monate, 2 Fälle 7½ Monate, 1 Fall 8 Monate, 1 Fall 8½ Monate, 1 Fall 9½ Monate, 2 Fälle 12 Monate. Die beiden letzten Fälle haben die kontinuierliche Behandlung Nr. 3 (5 Salvarsankuren, 5 Kuren mit Hydrargyrum salicylicum und 1 Kur mit grauem Öl) des Schemas bekommen, welche Behandlung also etwas länger als die berechnete Zeit gedauert hat.

Die zweite Frage ist sehr schwer zu beantworten. Ob diese mühselige und kostspielige kontinuierliche Behandlung etwas mehr als die chronisch intermittente Behandlung gegen die Syphilis leistet, dies zu entscheiden, bedarf es einer sehr langen Erfahrung. Der theoretische Gedanke, welcher der kontinuierlichen Behandlung zugrunde liegt, nämlich eine Wiederentwicklung des Virus während einer Behandlungspause zu verhindern, dürfte wohl die größte Wahrscheinlichkeit für sich haben, aber niemals kann man sichere Schlüsse aus Theorien ziehen. Die geringe, bis jetzt gewonnene Erfahrung hat jedoch ein gewisses Interesse.

Aufklärend in dieser Hinsicht muß allerdings ein Vergleich sein, wie die beiden Behandlungsformen auf die Wassermannsche Reaktion einwirken. Eine größere Zusammenstellung, wie bald die Wassermannsche Reaktion während der chronischen intermittenten Behandlung verschwindet, kenne ich nicht. Eigene Erfahrung habe ich natürlich nur in geringerem Grade (siehe Klinische Beobachtungen über die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis, Derm. Zeitschr., 1911, S. 32—40). Die Wassermannsche Reaktion kann nach meiner Erfahrung in sehr günstigen Fällen während der chronischen intermittenten Behandlung am Ende der ersten Quecksilberkur oder sogar etwas früher verschwinden. Sehr oft bleibt jedoch die Wassermannsche Reaktion unverändert während zwei oder sogar mehrerer Quecksilberkuren. Einigemal habe ich Fälle gesehen, die erst nach zwei bis drei Jahren eine negative Wassermannsche Reaktion darboten, und ich kenne endlich drei Fälle, wo die Wassermannsche Reaktion niemals verschwand.

Ein anderes Resultat scheint mir ohne Zweifel die kontinuierliche Behandlung zu geben. Hier ist die Wassermannsche Reaktion gewöhnlich nach zwei Monaten verschwunden. In den 42 Fällen finden sich nur vier Ausnahmen von dieser Regel, und zwar folgende: Drei Fälle haben 2½ Monate erfordert, ein Fall 3 Monate, ein Fall 3½ Monate und zwei Fälle vier Monate, um eine negative Wassermannsche Reaktion zu bekommen. Niemals hat diese Reaktion eine längere Zeit als vier Monate bestanden. Dieser Unterschied scheint mir mit einer ge-

Digitized by Google

wissen Wahrscheinlichkeit anzugeben, daß die kontinuierliche Behandlung kräftiger auf die Syphilis einwirkt als die chronisch intermittente Behandlung. Außerdem ist in meinen 42 Fällen nach dem Aussetzen der Behandlung noch kein Rezidiv oder Wiederauftreten der Wassermannschen Reaktion beobachtet worden. Die Beobachtungszeit ist jedoch zu kurz, um sichere Schlüsse zu gestatten.

Folgende zwei Fälle scheinen mir sehr interessant, um die therapeutische Wirkung der kontinuierlichen Behandlung zu beleuchten:

Fall 1. 35jähriger Bankbeamter. Wegen Syphilis recens chronisch intermittent behandelt während zwei Jahren und einem Monat mit acht Kuren von grauem Öl (Oleum mercurioli). Drei Monate nach dem Ende der Behandlung zeigte der Patient stark positive Wassermannsche Reaktion und Syphilis corymbiformis am Körper. Patient wurde dann während sechs Monaten kontinuierlich behandelt mit dem Erfolge, daß die Wassermannsche Reaktion nach zwei Monaten verschwand, und daß der Patient während einer Beobachtungszeit von zwei Jahren und fünf Monaten keine Wassermannsche Reaktion und keine Syphilissymptome gezeigt hat.

Fall 2. 37jähriger Reisender, chronisch intermittent behandelt während drei Jahren. Vier Monate nach dem Ende der Behandlung trat eine Wassermannsche Reaktion auf, und der Patient wurde wieder chronisch intermittent behandelt während $1^1/_2$ Jahren. Die Wassermannsche Reaktion, welche erst fünf Monate nach dem Anfang dieser neuen Behandlung verschwand, trat wieder drei Monate nach dem Ende der Behandlung auf. Dann kontinuierliche Behandlung während fünf Monaten. Die Wassermannsche Reaktion wurde während dieser Behandlung nach zwei Monaten negativ. Es sind jetzt ein Jahr und acht Monate her seit dem Aufhören der letzten Behandlung, und Patient hat die ganze Zeit keine Symptome und keine Wassermannsche Reaktion dargeboten.

Ebenso habe ich bei sehr schweren Formen der Syphilis eine sehr gute Wirkung von der kontinuierlichen Behandlung gesehen. Als Beispiel möchte ich einen Fall der Klinik mitteilen von Akustikusneuritis mit ausgeprägter Taubheit. Die kontinuierliche Behandlung dauerte acht Monate. Nach $2^1/_2$ Monaten war die Wassermannsche Reaktion negativ und etwas vor dem Ende der Behandlung das Hören ganz normal. Patient ist jetzt ein Jahr und neun Monate ohne Behandlung gewesen, und während dieser Zeit ist die Wassermannsche Reaktion negativ und das Hören fortdauernd ganz normal gewesen.

Natürlich können einzelne solche Fälle nichts beweisen. Die jetzige Erfahrung scheint mir jedoch darauf hinzudeuten, daß die kontinuierliche und intensive Behandlung kräftiger als die frühere chronische intermittente Behandlung auf die Syphilis einwirkt, und wenn sie auch keine bestimmte Antwort auf die zweite Frage geben kann, so ermutigt sie doch zu weiteren Versuchen.

Es sind besonders zwei Gebiete, wo ich seit einiger Zeit die Wirkung der kontinuierlichen Behandlung zu prüfen versuche, nämlich teils bei schwangeren Frauen mit Syphilis, um so kräftig wie möglich auf den Fötus einzuwirken, teils bei der sog. Metasyphilis. Es ist aber zu früh, über diese Behandlungsversuche jetzt zu sprechen.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Hautklinik in Berlin (Direktor: Prof. Dr. G. Arndt).

Zwei Fälle von primärer und sekundärer Lues mit regionärer retropharyngealer Lymphdrüsenschwellung[1]).

Von

Dr. H. Gottron, Assistent.

Der 27jähr. Kranke kam in der Universitäts-Hautklinik mit einem Primäraffekt zur Beobachtung, bei dem Spirochaetae pallidae nachgewiesen werden konnten und die WR bereits positiv war. Der Sitz des Primäraffektes war an der Unterlippe zwischen der Mitte und dem linken Mundwinkel. Beiderseits am Halse waren die Inframaxillardrüsen induriert, links mehr als rechts.

Außerdem bot der Kranke einen außergewöhnlichen Befund dar, der jetzt noch unverändert besteht. An der hinteren Rachenwand links ist eine taubeneigroße, ovale Hervorwölbung vorhanden, die etwa von der Höhe des weichen Gaumendaches bis zur Zungenwurzel reicht. Dieses nach allen Seiten hin abgrenzbare geschwulstförmige Gebilde füllt den linken oralen Anteil des Cavum pharyngis vollkommen aus. Die linken Gaumenbögen und die linke Tonsille, die keinerlei Veränderungen aufweisen, sind durch die hinter ihnen gelegene Veränderung rein mechanisch nach vorn gedrängt. Die Schleimhaut über der beschriebenen Veränderung ist normal. Das geschwulstförmige Gebilde wurde von dem Kranken etwa zehn Tage nach dem Auftreten der Lippensklerose beobachtet. Es verursacht Schluckbeschwerden.

Wegen der schwierigen Deutung des Befundes wurde der Kranke Herrn Geh.-Rat Killian (Universitäts-Nasenklinik) vorgestellt, der die Veränderung für eine Lymphdrüsenschwellung hielt und auf das Eigenartige des Zusammentreffens dieser Lymphdrüsenschwellung in Verbindung mit einer Sklerose an der Unterlippe hinwies.

Es handelt sich also in diesem Falle um eine Lymphadenitis retropharyngealis im Anschluß an eine Sklerose der Unterlippe. Der Befund dürfte, soweit aus der Literatur zu ersehen ist, einzig dastehen.

Der Grund dafür, daß es in diesem Falle im Anschluß an einen Primäraffekt der Unterlippe zu einer retropharyngealen Lymphdrüsenschwellung gekommen ist, dürfte darin zu erblicken sein, daß bei dem Kranken in der Jugend angeblich wegen Tuberkulose die seitlichen Halsdrüsen entfernt wurden. Von dieser Operation sind jetzt noch deutliche Narben vorhanden.

Anatomisch liegen die Verhältnisse folgendermaßen: Für die abführenden Lymphwege des lateralen Unterlippenanteils stellen die Lymphoglandulae inframaxillares die erste Etappe dar. Die zweite Etappe sind die Lymphoglandulae cervicales profundae superiores, die dem Verlauf der Vena jugularis folgen. Das Quellgebiet der letztgenannten Drüsen, die bei unserem Kranken entfernt sind, steht in anastomotischer Verbindung mit dem Quellgebiet der retropharyngealen Lymphdrüsen. Die retropharyngealen Lymphdrüsen liegen im bindegewebigen Zwischenraum zwischen dem Musculus constrictor pharyngis superior und der Fascia praevertebralis.

[1]) Vortrag in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft am 15. Juni 1920.

Digitized by Google

Im allgemeinen atrophieren die retropharyngealen Lymphdrüsen bis zum Ablauf des vierten Lebensjahres (Häufigkeit der retropharyngealen Lymphdrüsenabszesse im frühesten Kindesalter). Daß bei unserem Kranken diese Drüsen nicht zur Atrophie kamen, dürfte damit in Zusammenhang zu bringen sein, daß die benachbarten Drüsen von früher Jugend an tuberkulös erkrankt und somit funktionsuntüchtig waren.

Druckerscheinungen auf den Nervus sympathicus mit Auslösung des Hornerschen Symptomenkomplexes und Symptome, die im Sinne eines Druckes auf den Nervus vagus zu deuten sind, Erscheinungen, wie sie bisweilen bei den selten vorkommenden Geschwülsten der gleichen Lokalisation vorhanden sind, wurden bei unserem Kranken nicht beobachtet.

Einen zweiten ähnlichen Fall konnten wir einige Wochen später in der Universitäts-Hautpoliklinik bei einer 22jähr. Kranken beobachten.

Bei der luetischen Patientin war am linken Mundwinkel ein papulöses Exanthem vorhanden. Außerdem wies die Kranke wie im ersten Falle eine Schwellung der linken inframaxillaren Lymphdrüsen und eine taubeneigroße Geschwulst der retropharyngealen Lymphdrüsen auf, deren Vorhandensein der Kranken nicht bekannt war. Daneben bestand seit frühester Jugend über dem linken Unterkiefer ein angeblich häufig zu Entzündung neigender kirschgroßer Knoten (Atherom). Vieleicht ist in der seit früher Jugend bestehenden häufigen Entzündung des Atheroms die Ursache für die Persistenz der retropharyngealen Drüsen bei dieser Kranken zu suchen.

Es handelt sich hier um zwei in dem dritten Lebensdezennium stehende Kranke, bei denen es einmal nach einem Primäraffekt an der Unterlippe, im zweiten Falle in Verbindung mit einem papulösen Exanthem am Mundwinkel zu einer retropharyngealen Lymphadenitis kam. Die Persistenz der im allgemeinen in frühester Jugend atrophierenden retropharyngealen Lymphdrüsen bei beiden Kranken findet in jedem Falle durch die besonderen, oben näher ausgeführten pathologischen Verhältnisse ihre Erklärung.

Aus dem Ostkrankenhaus Berlin (Dirig. Ärzte: Prof. Kromayer und Dr. von Chrismar).

Diphtherie der Vulva bei Erwachsenen unter dem Bilde des Ulcus molle.

Von

Dr. Ernst Kromayer, Abteilungsarzt.

Diphtherie der Vulva wird bei kleinen Kindern, meist als Nebenbefund der Rachendiphtherie, verhältnismäßig häufig beobachtet; dagegen gehört diese Erkrankung bei Erwachsenen zu den allergrößten Seltenheiten; und doch ist die Stellung der Diagnose von Wichtigkeit zur Verhütung der Weiterverbreitung der Diphtherie und zur Einleitung einer wirksamen Therapie. Ein solcher im Ostkrankenhaus lange Zeit als Ulcus molle erfolglos behandelter Fall, der sich schließlich als Diphtherie der Vulva entpuppte und durch spezifische Therapie schnell zur Heilung gelangte, gibt mir Veranlassung, ihn zu veöffentlichen.

Digitized by Google

Das 22jähr. Dienstmädchen Luise W. wurde Ende August 1919 in das Krankenhaus eingeliefert. Sie hatte sich im Mai d. J. geschlechtlich infiziert und war vor der Einlieferung schon mit Salvarsan und Quecksilber behandelt und zur Beendigung der Kur dem Krankenhaus überwiesen worden. Symptome von Lues sind nicht mehr vorhanden, dagegen reichlich gelber Ausfluß. An der Mündung der Harnröhre befindet sich ein knapp linsengroßes Geschwür. Schon nach einigen Tagen haben sich neben der Klitoris mehrere ähnliche Ulzerationen gebildet, welche sich trotz wiederholter Ätzungen mit Acid. carbol. liquefact. vergrößern und mit fibrinösen Membranen bedecken. Die Geschwüre konfluierten und zeigten am 5. November, als ich die Patientin zum erstenmal sah, folgendes Bild: An der Klitoris und deren Umgebung befindet sich, auf die Haut und Schleimhaut übergreifend, ein quergestelltes Geschwür, etwa 4 cm lang und 2 cm breit. Der Grund des Geschwüres ist wenig vertieft und mit einer dichten, weißen, festhaftenden fibrinösen Membran bedeckt. Die unregelmäßig bogenförmig verlaufenden Ränder sind von einer etwa 4 mm breiten, intensiven Rötung umgeben und etwas verhärtet. Die Leistendrüsen sind wenig vergrößert, kaum druckschmerzhaft. Das Allgemeinbefinden ist ungestört.

Der klinische Befund ließ mich eine Infektion des Geschwüres mit Diphtheriebazillen vermuten.

Der eingesandte Abstrich des Geschwüres ergab: Diphtheriebazillen positiv.

Am 8. XI. 20 erhielt Pat. 3000 A. E. Diphtherieheilserum subkutan.

12. XI. Das Geschwür ist unverändert. Nochmalige Ätzung mit Karbolsäure.

14. XI. Die Geschwürsfläche ist völlig gereinigt, ohne jeden Belag.

20. XI. Fortschreitende Überhäutung unter indifferentem Salbenverband.

29. XI. Das Geschwür ist ganz überhäutet. Pat. wird aus dem Krankenhaus entlassen.

Außerdem wurde während der Krankenhausbehandlung eine Gonorrhoe der Urethra und Cervix festgestellt und behandelt und die kombinierte Neosalvarsan-Quecksilberkur beendet.

An den Tonsillen und im Rachen waren keinerlei krankhafte Befunde nachweisbar, auch traten keine Lähmungserscheinungen auf.

Es handelt sich also um ein zehn Wochen lang mit Karbolätzungen usw. erfolglos behandeltes Geschwür der Vulva, das sich bis zum Zeitpunkt der Feststellung der Diphtheriebazillen und der Injektion von Diphtherieheilserum dauernd vergrößerte, von da ab vier Tage unverändert blieb, sich nach weiteren zwei Tagen reinigte und drei Wochen nach der Injektion völlig geheilt war.

In der Literatur konnte ich einen gleichen Fall nicht finden.

Über Hautdiphtherie sind eingehende zusammenfassende Arbeiten von SCHUCHT (1) und MARSCHALKÓ (2) erschienen. Hierin wird auch über den Nachweis von Diphtheriebazillen im phagedänischen Schanker eines Mannes berichtet. SCHWAB (3) beschreibt zwei Fälle von diphtherischen Ulzerationen an den Genitalien weiblicher Erwachsener, die gemeinsam mit Geschwüren im Munde, Fieber und Allgemeinerscheinungen auftraten; diese haben mit dem vorliegenden Falle manche Ähnlichkeit.

Bei kleinen Kindern dagegen wird, wie eingangs erwähnt, Diphtherie der Vulva nicht so selten beobachtet (4). Sie tritt fast nur sekundär neben einer Rachendiphtherie auf (5).

Der vorliegende Fall ist besonders dadurch bemerkenswert, daß die Patientin erwachsen war, und praktisch von Bedeutung durch die leicht mögliche Verwechslung mit Ulcus molle. Erst durch das refraktäre Verhalten gegenüber den Karbolätzungen und den allmählich stärker hervortretenden fibrinösen Belag wurde die anfangs angenommene Diagnose hinfällig.

Digitized by Google

Differentialdiagnostisch kämen weiter in Betracht syphilitische Geschwüre. Der dichte fibrinöse Belag und vor allem die dauernde Vergrößerung des Geschwürs während der Salvarsan-Hg-Kur sprachen dagegen.

Gonorrhoische Geschwüre unterscheiden sich durch das phlegmonöse Fortschreiten im subkutanen Gewebe mit Zerfall desselben (6).

Das Ulcus vulvae acutum, welches von Lipschütz (7) zuerst 1913 beschrieben wurde, charakterisiert sich durch sein akutes Auftreten mit Fieber und schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes ohne Zusammenhang mit geschlechtlichem Verkehr. Trotz des Belages mit grauweißlichen Membranen dürfte es durch den bakteriologischen Befund (grampositive plumpe Stäbchen) und die rasche Abheilung unter lokaler Therapie leicht auszuschließen sein.

Die Esthiomène (Ulcus chronicum vulvae) zeigt eminent chronische, torpide Geschwüre der Analgegend, die mit elefantiastischen Wucherungen einhergehen und durch keine Therapie zu beeinflussen sind (8).

Im vorliegenden Falle bestätigt der gute Erfolg der spezifischen Serumtherapie die klinische und bakteriologische Diagnose, die vielleicht öfters gestellt werden kann, wenn sich die Aufmerksamkeit darauf lenkt.

Literatur.

1. A. Schucht, Zur Kenntnis der diphtherischen Hautentzündungen, besonders der durch echte Diphtheriebazillen hervorgerufenen. Arch. f. Derm., 1907, Bd. 85. — 2. Th. von Marschalkó, Über Hautdiphtherie. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 94. — 3. Th. Schwab, Zwei Fälle von ausgedehnten Ulzerationsprozessen an Mund und Genitalien, hervorgerufen durch Diphtheriebazillen (subkutane Haut- und Schleimhautdiphtherie). Arch. f. Derm., 1903, Bd. 68. — 4. H. Schröder, Über Haut- und Schleimhautdiphtherie. Inauguraldissertat. d. med. Klinik Greifswald, 1899. — 5. A. Baginsky, Diphtherie. Nothnagels Handbuch, 1913. — 6. Thalmann, Das Ulcus gonorrhoicum serpiginosum. Arch. f. Derm., 1904, Bd. 71. — 7. Lipschütz, Über eine eigenartige Geschwürsform der weiblichen Genitalien (Ulcus vulvae acutum). Arch. f. Derm., 1913, Bd. 114. — 8. E. Björling, Zur Frage der Esthiomène. Arch. f. Derm., 1915, Bd. 121.

Über Pemphigus localis.

Von

Dr. Hubert Sieben in Bürstadt (Hessen).

Es handelt sich hier zweifellos um eine gewiß nicht häufige Hautaffektion, über welche bis jetzt nur wenig berichtet worden ist. Es dürfte daher ein ganz besonderer Zufall sein, daß ich in den letzten Jahren Gelegenheit hatte, drei solche eigentümliche Fälle von pemphigusähnlicher Blasenbildung zu beobachten. Die Ursache der Affektion ist auch in diesen Fällen vollkommen dunkel. Artefakt, Impetigo, Nervenkrankheiten, Lues, chemische und medikamentöse Einflüsse sind dabei mit Sicherheit vollkommen auszuschließen. Auch war nur in einem der Fälle das Allgemeinbefinden erheblich gestört, und auch da nur in den ersten paar Wochen. Da ich nicht glaube, daß es sich in diesen Fällen um echten

Digitized by Google

Pemghigus vulgaris gehandelt hat, da auch wenigstens in zwei Fällen eine gewisse Ähnlichkeit mit der Epidermolysis bullosa bestand, so würde man vielleicht zweckmäßig diese Fälle allgemein als eine Dermatitis bullosa bezeichnen können. Es ist anzunehmen, daß dieselben namentlich auch hinsichtlich der von mir in dem letzten Falle angewandten Therapie genügend Interesse bieten, um hier besprochen zu werden.

Fall I. Franz K., 74 Jahre alt, Pedell, verh., Frau und Kinder gesund, Ernährungszustand dürftig, trotzdem noch sehr rüstig. Von Hautkrankheiten in der Familie nichts bekannt. Anfang April 1919 entstanden mehrere runde Blasen von Zehnpfennig- bis Zweimarkstückgröße an beiden Unterschenkeln. Dieselben enthielten eine klare serofibrinöse Flüssigkeit. Die Haut beider Unterschenkel zeigte eine dunkelbraunrote Farbe, war erheblich infiltriert und machte dabei in ihrer ganzen Ausdehnung einen leicht ödematösen Eindruck. In der Gegend über den Kniegelenken ging diese Infiltration ganz allmählich in die normale Haut über. Beide Füße zeigten nur eine leichte ödematöse Schwellung, die Infiltration war hier undeutlich. Besonders betont werden muß hier, daß nicht etwa variköse Stauung für diese Hautbeschaffenheit verantwortlich gemacht werden kann. Das Befinden war sonst, abgesehen davon daß Pat. über starkes Brennen und größere Schmerzen an beiden Beinen klagte, in keiner Weise gestört: Kein Fieber, keine Mattigkeit, Urin frei von Eiweiß und Zucker, kein Hautjucken, keine Hyperhidrosis, die übrige Haut völlig normal, Entstehung der Blasen durch lokale chemische Schädigung sowie durch Medikamente (Antipyrin, Arsen, Jod, Salizylsäure usw.) vollkommen ausgeschlossen. Innere Organe o. B. Nervensystem vollkommen gesund. Die Behandlung war zunächst, um jeglichen Artefakt auszuschalten, vollkommen indifferent. Im weiteren Verlaufe entstanden nun immer wieder von neuem gleichzeitig zahlreiche Blasen an beiden Unterschenkeln, während die früher entstandenen abheilten, so daß die Heilungsvorgänge in allen Stadien beobachtet werden konnten. Die Heilung erfolgte stets unter einer leichten Narbenbildung. Der Blaseninhalt war stets klar, niemals zeigte sich die geringste Trübung. Bei Fingerdruck auf die Haut löste sich die Epidermis; nach $1^1/_2$ Minuten war ein der Druckstelle entsprechender, in seiner Peripherie weißlich schimmernder Kreis sichtbar und es begann die Absonderung klarer Flüssigkeit unter der Epidermis; nach einer weiteren Minute waren innerhalb des Druckkreises nebeneinander mehrere Bläschen sichtbar, von geringer Spannung, die bald konfluierten. Die Epidermis ließ sich jetzt im Bereiche des Druckkreises mit Leichtigkeit ablösen (Nikolskys Phänomen). Erst nach etwa 5 Wochen wurde mit einer Arsenbehandlung begonnen, die aber ohne jeglichen Einfluß blieb. Sie wurde trotzdem viele Monate lang fortgesetzt, während die Lokalbehandlung stets indifferent blieb. Immer noch war das Krankheitsbild dasselbe geblieben, immer erschienen neue Blasen, während die alten abheilten. Im weiteren Verlaufe dehnte sich die Infiltration auch auf den größten Teil des rechten Oberschenkels aus, ohne daß jedoch auch dort Blasen entstanden. Der linke Oberschenkel wurde nicht befallen. Ende Dezember 1919. also nach $^3/_4$ Jahren, war endlich Besserung eingetreten, die Infiltration am rechten Oberschenkel war verschwunden, die Haut beider Unterschenkel war jedoch noch infiltriert, die leichte ödematöse Schwellung verschwunden; es erschienen nur noch hie und da Blasen, trotzdem wurde Arsen noch weiter gegeben. Späterhin setzte dann die Blasenbildung aus. Aber nach einigen Wochen entstanden dann doch wieder neue Blasen, jedoch nur am rechten Unterschenkel und in geringer Anzahl. Am 17. IV. 1920 stellte sich Pat. wieder vor. Am rechten Unterschenkel war eine frische kleine Blase mit klarem Inhalt. An beiden Unterschenkeln war die Infiltration fast verschwunden. Demnach ist nach Ablauf eines Jahres wohl eine bedeutende Besserung, aber keine völlige Heilung eingetreten, trotz dauernder Arsenbehandlung.

Fall II. Marg. T., 63 Jahre, Gastwirtsehefrau, Anämie, Ernährungszustand ziemlich schlecht, früher stets gesund, keine Hautkrankheiten in der Familie, 3 Kinder. Sommer 1918 entstanden zahlreiche Blasen am linken Unterschenkel von Zehnpfennig- bis Zweimarkstückgröße. Dieselben enthielten stets klare Flüssigkeit. Es wurde stets über Schmerzen und Brennen in der befallenen Hautpartie geklagt. Die Haut des linken Unterschenkels infiltriert und dunkelrot (nicht etwa durch Varizen verursacht). Urin frei von Eiweiß und Zucker. Die übrige Haut völlig normal, kein Hautjucken, keine Hyperhidrosis, Nervensystem gesund. Irgendwelche Arzneimittel, die für die Ursache der Hautaffektion in Betracht kommen könnten, sind nicht eingenommen worden. Es

Digitized by Google

bestand Fieber und erhebliche Störung des Allgemeinbefindens, so daß Pat. mehrere Wochen das Bett nicht verlassen konnte. Es entstanden am linken Unterschenkel immer wieder neue Blasen, während die älteren allmählich heilten. Nikolsky negativ. Die lokale Behandlung war stets völlig indifferent. Späterhin wurde innerlich Arsen gegeben. Die Affektion bestand viele Monate. Ob und wann Heilung eingetreten ist, kann nicht angegeben werden.

Fall III. Philipp D., 55 Jahre, Fabrikarbeiter, Ernährungszustand dürftig, war stets gesund, Frau gestorben, 2 Kinder im Alter von 17 und 19 Jahren, in der Familie keine Hautkrankheiten. Ende Januar 1920 entstanden Blasen am rechten Unterschenkel von Pfennig- bis Zweimarkstückgröße, die klare Flüssigkeit enthielten. Die Haut des rechten Unterschenkels braunrot verfärbt und infiltriert. Am rechten Fuß leichtes Ödem, keine Infiltration daselbst. Die Hautveränderung ist nicht etwa die Folge von Varizen. Übrige Haut normal, innere Organe o. B., keine Anzeichen einer Erkrankung des Zentralnervensystems, kein Hautjucken, keine Hyperhidrosis, Urin ohne Eiweiß und Zucker, kein Fieber, klagt über starkes Brennen und Schmerzen in der befallenen Hautpartie, Allgemeinbefinden sonst nicht gestört, lokale chemische Schädigung der Haut und Arzneimitteleinwirkung völlig ausgeschlossen. Nikolskysches Phänomen positiv. Es entstanden immer wieder neue Blasen, während die früheren unter Hinterlassung einer leichten Narbenbildung abheilten. Mikroskopisch fanden sich im Blaseninhalt stets Leukozyten, selten auch einige Erythrozyten. Die lokale Behandlung war stets völlig indifferent. Erst Anfang März Arsen innerlich ohne jeden Erfolg. Von Anfang April an erhielt Pat. täglich 1 ccm 5%ige Phenollösung subkutan (am Arm) mit dem Erfolge, daß sofort die Blasenbildung aufhörte. Im weiteren Verlaufe zeigte sich überhaupt nur noch eine einzige Blase in der Größe eines Zehnpfennigstückes, und zwar 14 Tage nach Beginn der Injektionen. Durch Fingerdruck waren jedoch jetzt keine Blasen mehr hervorzurufen. Allmählich bildete sich auch die Infiltration vollkommen zurück, und im Verlaufe von etwa vier Wochen war völlige Heilung eingetreten. Jetzt besteht nur noch eine leicht-bräunliche Verfärbung mit zahlreichen runden hellen Flecken, die leichte Narbenbildung zeigen. Im ganzen wurden 25 ccm Karbolwasser injiziert.

Mit dem Krankheitsbild des Pemphigus vulgaris haben diese 3 Fälle manches Wichtige nicht gemeinsam. Dagegen spricht das Infiltrat, die von allen angegebene erhebliche Schmerzhaftigkeit, in Fall I und III das positive Nikolskysche Phänomen, das nur beim Pemphigus foliaceus (und bei der Epidermolysis bullosa) beobachtet wird, der sehr chronische Verlauf, das ungestörte Allgemeinbefinden in Fall I und III und schließlich die auf die Unterschenkel beschränkte Lokalisation. Da eine hereditäre Veranlagung ausgeschlossen, kann es sich auch nicht um eine der Epidermolysis bullosa ähnliche Affektion handeln, obschon das positive Nikolskysche Phänomen der Fälle I und III diesen allerdings eine gewisse Ähnlichkeit mit diesem Krankheitsbilde verleiht. Auffallend ist der schnelle Erfolg der Phenolbehandlung im Fall III, den ich nicht als einen Zufall ansehen kann, namentlich auch in Anbetracht der langen Dauer sowohl der beiden anderen als auch aller sonst in der Literatur beschriebenen Fälle. Die Phenolinjektionen wurden vor einiger Zeit von A. Paldrock-Dorpat (Derm. Zbl., 1918) in einem Falle von Pemphigus pruriginosus mit vollem Erfolge angewandt. Die Krankheit bestand seit 5 Jahren. Auch in diesem Falle besserten sich gleich nach der ersten Injektion die Hauterscheinungen. Heilung nach 34 Injektionen. In diesem Fall von Paldrock hat es sich wahrscheinlich um eine ähnliche Affektion gehandelt. Zu bemerken wäre noch, daß die Phenolinjektionen in meinem Falle anstandslos vertragen wurden. Im Urin zeigten sich weder Eiweiß noch Formelemente.

Digitized by Google

Dermatitis frontalis durch Hutlederersatz[1]).

Von

Dr. J. Appel in Altona.

Die über diese neuartige Hautentzündung schnell entstandene Literatur hat Galewsky in seinem in dieser Zeitschrift 1920, Nr. 23, veröffentlichten Aufsatz bereits zusammengefaßt. Ich brauche deswegen die einzelnen Autoren nicht noch einmal aufzuführen.

Das klinische Bild habe ich insofern zu ergänzen, als zwar nach meinen Beobachtungen der Anfang immer die bandartige Rötung und Infiltration der Stirnhaut ist, daß aber auch ohne Hinzukommen äußerer Schädlichkeiten und unzweckmäßiger Behandlung bei Leuten mit empfindlicher Haut, z. B. Hellblonden, Rothaarigen und besonders bei schon bestehendem chronischem seborrhoischem Ekzem der Kopfhaut schnell eine nässende Entzündung der ganzen Gesichts- und Kopfhaut eintreten kann. Von einem echten Ekzem ist diese Entzündung klinisch nicht zu unterscheiden. Sie heilt aber viel schneller als ein nässendes Ekzem. Dabei habe ich beobachtet, daß Dunkelheit und Schatten die Heilung beschleunigt, auch subjektiv angenehm empfunden worden, während umgekehrt jede Art von Bestrahlung, schon sehr helles Tageslicht die Heilung verzögert.

Bei der Erforschung der Ursache der Hautentzündung bin ich für meine Fälle zu einem anderen Ergebnisse gekommen als Galewsky für die seinigen in Dresden. Ich habe als alleinige und ausreichende Ursache den Kresolgehalt des Hutlederersatzes nachgewiesen: 1. Durch den charakteristischen Geruch des Stoffes selbst sowie einer Abkochung eines kleinen Stückes in Wasser und eines Benzolextraktes. 2. Durch die stark saure Reaktion der Abkochung. 3. Durch Gelbfärbung der vorher farblosen Abkochung sowie des Extraktes bei Hinzufügen einer bis zur Farblosigkeit verdünnten Eisenchloridlösung.

Nun handelt es sich darum, festzustellen, wie das Kresol in das Hutleder kommt. Der Grundstoff ist in allen Fällen, die ich sah, kein Leder, sondern ein baumwollener Ersatzstoff. Für seine Bearbeitung kommt kein Kresol in Frage. Die Farbe des Lederersatzes kann auch nicht der Grund sein, denn sie ist nicht einheitlich, meistens gelbbraun und schwarz. Es bleibt der Lack zu betrachten, mit welchem der Stoff überzogen ist. In den Lack kann es auf zwei Wegen gelangt sein: 1. Der Lack ist aus echtem Baumharz hergestellt; aber zur Lösung des Harzes ist anstatt Terpentinöl kresolhaltiges Teeröl benutzt worden, oder 2. auch das zur Lackfabrikation benutzte Harz war schon Kunstharz. Das gab es schon immer für andere Zwecke der Technik besonders in zwei Präparaten: Formaldehyd-Kresolharz, sogenanntes Albertol und

[1]) Nach einer Krankenvorstellung im Altonaer ärztlichen Verein am 16. VI. 20.

Digitized by Google

Kumaronharz, hergestellt durch Einwirkung von H_2SO_4 auf Teeröle. Die trockenen Kresole reizen die Haut nicht. Erst wenn sie sich im Schweiß mit stark saurer Reaktion lösen, beginnt die entzündungerregende Wirkung, wie auch GALEWSKY schildert. Außerdem muß noch eine Disposition der Haut hinzukommen. Meine eigene Haut an der Beugeseite des Unterarmes ertrug einen feuchten Verband mit der oben erwähnten Abkochung des Hutleders, ohne zu reagieren.

Die Hutfabrikanten wissen wahrscheinlich nichts von der Schädlichkeit der Kresollösung für die Stirnhaut, denn sie bringen ihr Produkt trotz des intensiven Kresolgeruchs in den Handel. Das Reichsgesundheitsamt ist bereits darauf aufmerksam gemacht. Damit wird wohl das Erzeugnis wieder aus dem Handel verschwinden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe.

b. Pathologie und Klinik.

Über Gonokokkenotitis bei Säuglingen, von HERMANN PUTZIG. (D. m. W., 1919, Nr. 42.) Bei einem neugeborenen Kinde, das mit einer typischen Blennorrhoe in Behandlung kam, enstand erst zwei Monate nach dem Abheilen der Blennorrhoe ein starkes rechtsseitiges Ohrenlaufen. Die Untersuchung ergab eine starke Rötung und Trübung des Trommelfells und eine Perforation, die von hinten oben nach vorn unten verlief. Die Sekretion war schleimig eitrig und wurde trotz Behandlung allmählich stärker, dickrahmig und überaus übelriechend. Schließlich, nach drei Wochen, regte sich der Verdacht, daß es sich um eine blennorrhoische Erkrankung der Mittelohrschleimhaut handeln könnte. Die bakteriologische Untersuchung bestätigte diesen Verdacht. Nach fünftägiger Behandlung mit 1 %igem Protargol trat eine erhebliche Besserung und einige Tage danach Heilung ein. In allen bisher beschriebenen Fällen handelte es sich um Kinder, bei denen die Otitis während oder kurz nach einer typischen Blennorrhoe auftrat. Man nahm an, daß die Gonokokken durch den Tränen-Nasenkanal in den Rachen und von dort in das Mittelohr wanderten. Im vorliegenden Falle hat es sich, nach Ansicht von P., wahrscheinlich um eine Sekundärinfektion durch Übertragung seitens der noch an spezifischem Ausfluß leidenden Mutter gehandelt. E. Brinitzer-Altona.

Ein Fall von Arthritis blennorrhoica mit charakteristischen Veränderungen an der Haut. Ein Beitrag zur Frage von der blennorrhoischen Keratodermie, von J. STRANDBERG und J. HEDENIUS. (Arch. f. inn. Med., [Nord. med. Arkiv, Bd. 2] Bd. 51, H. 6, Nr. 20.) Aus der Beobachtung eines ausführlich unter Mitteilung von Photogrammen und Wiedergabe von mikroskopischen Präparaten dargelegten, tödlich verlaufenen Falles bei einem 26jähr. Bureaugehilfen werden folgende Schlüsse gezogen: Der Name Keratodermia oder Hyperkeratosis blennorrhoica ist, genau genommen, unzutreffend, denn es handelt sich hierbei nicht um eine wirkliche Keratose, sondern um eine Parakeratose. Auch ist bei den in der Literatur bisher verzeichneten 34 (allenfalls 38) Fällen die blennorrhoische Ätiologie nicht immer ganz klar nachgewiesen. Meistens handelt es sich bei dieser Dermatose um Patienten, welche Zeichen einer schweren blennorrhoischen Infektion oder Symptome eines schweren postblennorrhoischen Krankheitszustandes mit Kachexie und namentlich arthritischen Erscheinungen aufweisen. Die Hautläsionen sind (wie auch in diesem Falle) meistens an den unteren Extremitäten lokalisiert und charakterisieren sich als entzündliche Vorgänge mit Neigung zur Entwicklung von dicken, hornartigen Flatschen. Auch wird öfter eine eigenartige Balanitis mit Hyperkeratose beobachtet. Bei dem vorliegenden Falle ergab die Autopsie neben destruktiven Gelenkprozessen namentlich eine deutliche Vergrößerung der Milz, Nephrose im ersten Stadium, Dekubitus und allgemeinen Marasmus.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Rektalblennorrhoe, von BRUNO HARLSSE. (M. m. W., 1919, Nr. 40.) Verf. fand unter 100 an Blennorrhoe des uropoetischen Apparates erkrankten Frauen 14 Fälle

Digitized by Google

von Rektalblennorrhoe. Die Färbung der Abstriche darf nur nach GRAM geschehen, da bei dem großen Reichtum des Rektums an Bakterien die Färbung mit Methylenblau völlig unzureichend und irreführend ist. Als Infektionsmodus kommen vier Möglichkeiten in Betracht: 1. Überfließen des blennorrhoischen Genitalsekrets, 2. Coitus penorectalis, 3. Übertragung auf mechanischem Wege, 4. Durchbruch eines BARTHOLINischen Abszesses ins Rektum. Die Aussichten auf Dauerheilung sind schlecht. Therapeutisch wurden Einläufe mit Sol. Arg. nitr. 1 : 5000 täglich $^1/_2$ Liter oder 2% Kollargolklysmen angewandt. G. Heymann-Elbing.

Die Komplikation von Blennorrhoe mit Syphilis, von N. P. L. LUMB. (Brit. m. J., 9. März 1918, Nr. 2984.) Verf. hat beobachtet, daß bei antisyphilitischer Behandlung eine etwa gleichzeitig bestehende Blennorrhoe deutlich gesteigert wird, bzw. daß alte Residuen einer Gonokokkeninfektion zum Neuaufflammen veranlaßt zu werden scheinen. Unter 10 Luikern seiner Praxis hatten 4 Symptome einer gleichzeitigen Blennorrhoe, während 6 andere Blenorrhoe gehabt hatten, aber zur Zeit symptomenfrei waren. Nach Einleitung der antisyphilitischen Behandlung mit Hg-Injektionen und Arsenobenzol war allgemein Steigerung bzw. Wiederauftreten der blenorrhoischen Symptome besonders in Form von Epididymitis und Prostatitis zu konstatieren. Seitdem untersucht L. jeden Luiker genau auch auf das Vorhandensein von Gonokokken und gibt bei positiven Fällen energische Behandlung mit Irrigationen bis in die Blase mit Kalium permanganat. 1 : 8000 bis 1 : 4000 und mit Vakzinen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Papillom am Nabel durch Gonokokkeninfektion, von T. ANWYL-Davies. (Brit. m. J., 29. März 1919, Nr. 3039.) Ein 19jähr. Mädchen wurde mit akuter Vaginitis mit lebhaftem Ausfluß und mit starker gelblicher Absonderung vom Nabel aufgenommen. Im Sekret beiderlei Ursprungs wurden Gonokokken nachgewiesen. Am Nabel fand sich ein gestieltes Papillom, das im Laufe von zwei Monaten die Größe einer Walnuß erreichte. Nach vergeblicher sonstiger Behandlung wurde das Gewächs samt Nabel erfolgreich exzidiert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Gangränöse Zystitis infolge von Gonokokkeninfektion, von A. C. MORSON. (Brit. m. J., 1. Februar 1919, Nr. 3031.) Ein 27jähr. Seemann kam wegen einer 14 Tage zuvor erfolgten Hämaturie in Behandlung. Dieselbe hatte nach 24stündigem Bestehen aufgehört, war nunmehr wieder aufgetreten. Sechs Monate zuvor hatte Pat. Blennorrhoe akquiriert, welche er nach eigenem Ermessen mit starken Dosen von Kali permanganicum behandelt hatte. Das entleerte Blut war hellrot; Spülungen mit Höllenstein hatten wenig Wirkung. Am fünften Tage trat eine Verschlimmerung mit stärkerer Blutung und Kallaps ein. Bei der Sectio alta fand man die Blasenschleimhaut allgemein stark entzündet und stellenweise gangränös. Im blutigen Urin fanden sich Gonokokken. Pat. blieb noch fünf Tage am Leben. Bei der Obduktion fand man ausgedehnte Gangrän der Blasenwand bis in die Muskulatur hinein und ferner Gangrän beider unteren Lungenlappen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von blennorrhoischer Keratose, von W. H. BROWN und A. M. DAVIDSON. (Brit. m. J., 6. Oktober 1917, Nr. 2962.) Es handelte sich um einen sehr wohl markierten Fall bei einem 25jähr. Soldaten, der am fünften Tage einer zweiten Attacke von akuter Urethritis zur Aufnahme kam. Dabei bestand starke entzündliche Schwellung am rechten Fußgelenk und im Grundgelenk der rechten großen Zehe. Am dritten Tage nach der Aufnahme bemerkte man am rechten Fuß zahlreiche Knötchen in der Haut, und im weiteren Verlauf kamen solche am linken Fuß namentlich an der Sohle zum Vorschein. Wie an den beigegebenen wohlgelungenen Photogrammen ersichtlich ist, entsprachen die Läsionen sehr genau den bisher als charakteristisch für blennorrhoische Hautläsionen beschriebenen Erscheinungen. In England sind bisher erst fünf derartige Fälle verzeichnet worden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Spermatozystitis blennorrhoica (10 untersuchte Fälle), von ALEXANDER KANTOROWITSCH. (Diss., Berlin 1919.) Die Samenblasen sind in etwa 30—35% aller Fälle von Urethritis blennorrhoica posterior allein oder zusammen mit der Prostata erkrankt. Klinisch unterscheidet man drei Formen der Spermatozystitis blennorrhoica: die katarrhalische, die eitrige und die chronische Form. Die Kranken klagen über dumpfen Druck oder Schmerzen im Mastdarm, die nach dem Perineum, dem Kreuz oder nach der Blasengegend ausstrahlen und sich bei der Defäkation steigern. Namentlich das letztere Symptom ist als für Spermatozystitis charakteristisch anzusehen. Sehr starke Erektionen und Pollutionen stellen sich ein. Die Ejakulation ist von einem brennenden Schmerz in der Gegend der hinteren Harnröhre begleitet; das Ejakulat hat,

Digitized by Google

je nachdem es mit Eiter oder Blut vermischt ist, eine gelbe, rote oder rotbraune Färbung. Die Bedeutung der zweiten trüben Harnportion ist für die Diagnose nur von geringem Werte, einmal, weil bei erheblicher Ansammluug von Eiter in den Samenblasen die Ductus ejaculatorii häufig durch katarrhalische Schwellung verschlossen sind und infolgedessen eine Eiterbeimischung zum Blasenharn mechanisch unmöglich ist, andererseits weil besonders bei den fibrösen Formen die Eiterproduktion in den Samenblasen im Vergleich zu den anatomischen Veränderungen der Samenblasenwand häufig so gering ist, daß von einer Beimischung von Sekret zum Blasenharn nicht die Rede sein kann.

F. Weiler-Leipzig.

c. Therapie.

Über den Einfluß heißer Vollbäder nach Weiss auf die Körpertemperatur im allgemeinen und auf die Blennorrhoe im besonderen, von G. L. Mönch. (M. m. W., 1918, Nr. 47.) Mit heißen Vollbädern kann man künstlich vorübergehendes Fieber und hohes Fieber bei den so behandelten Patienten hervorbringen, hingegen dürfte es nur in den allerseltensten Fällen gelingen, eine Höhe der Körpertemperatur zu erzielen, welche die Gonokokken abzutöten imstande wäre. Die Temperaturen, die erzielt werden können, werden kaum lange genug beibehalten, um etwaige vorhandene Gonokokken abzutöten. Die hohen Temperaturen der Patienten kehren ja, wie die Versuche zeigen, äußerst schnell wieder zur Norm zurück. Die Kur ist sehr anstrengend, so daß sie nur für wenige Patienten in Betracht kommt.

G. Heymann-Elbing.

Über subkutane Milchinjektionen in der Nachbarschaft blennorrhoischer Krankheitsherde, von Arthur Weiss-Szeged. (W. kl. W.. 1919, Nr. 33.) Die Injektionen (5—10 ccm) wurden bei Epididymitis supratestikulär, bei Funikulitis. entlang demselben, bei einer Periurethritis beiderseits des Krankheitsherdes gegeben. Nach wenigen Minuten setzte eine vollständige Schmerzlosigkeit ein, die bei intramuskulären Injektionen vermißt wird. In einem Falle von Omarthritis trat dieser Erfolg nicht ein, die Schmerzen verschwanden nicht dauernd, und das Gelenk wurde schließlich steif. Bei wiederholter Milchinjektion besteht die Möglichkeit der Bildung von Milchinfiltraten, deshalb ist es vorteilhafter, nach dem Erreichen der lokalen Schmerzhaftigkeit die noch notwendigen folgenden Injektionen intramuskulär zu geben. H. Vörner-Leipzig.

Die Behandlung schlecht heilender Geschwüre mit Gonokokkenvakzine (Ein Beitrag zur Kolloidtherapie), von F. Luithlen-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 17.) Es handelt sich um Ulcera mixta, weiche Geschwüre und durch solche bedingte Adenien der Inguinalgegend, die trotz Anwendung der üblichen und sorgfältig ausgeführten Behandlung torpid blieben. Da die Anwendung der Gonokokkenvakzine in jedem Falle Erfolg erzielte, wird dieselbe empfohlen: Kontraindikation bildet latente Tuberkulose, da die Fiebersteigerung tuberkulöse Prozesse ungünstig beeinflußt. Verwendet werden 2—3 Injektionen und hierzu 100—300 Millionen polyvalenter Vakzine.

H. Vörner-Leipzig.

Praktische Behandlung der weiblichen Blennorrhoe, von P. Chevalier. (Presse méd., 1918, Nr. 28.) Unter den Mitteln, welche den Kranken selbst zur Behandlung in die Hand gegeben werden können, nennt Verf. in erster Linie Injektionen mit Kalium parmanganat. (1 : 5000 bis 1 : 1000), mit Protargol (1 : 1000 bis 1 : 100) oder der Alibourschen Lösung: R Zinc. sulfat. 10, Cupr. sulfur. 35, Safran 1, Aq. camphorat. saturat. 250, Aq. dest. 750. Ferner Ichthyolsuppositorien und gegen etwaige menstruelle Schmerzen: R. Tinct. viturn. prunifol. 15,0, mit Tinct. hydrast. canadens 7,0, S. zweimal tägl. 20 Tropfen. Vom Arzte selbst zu applizieren sind Pinselungen mit Jodtinktur, Höllensteinlösung. Anfüllung des Zervikalkanals mit Ungt. hydrargyri oxydat. flav. mit einer 10 ccm fassenden Potainschen Spritze und andere die etwaigen Spezialindikationen erfüllenden Eingriffe.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung der blennorrhoischen Augeneiterung der Neugeborenen mit Airol, eine einfache und zuverlässige Methode für den Praktiker, von Edwin Gallus-Bonn. (M. m. W., 1919. Nr. 40.) Nach gründlicher Reinigung der Augen werden beide Lider ektropioniert, und in dieser Stellung wird mit Hilfe eines Glasspatels ein Häufchen Airol aufgeschüttet. Hat sich das Pulver in einen Brei verwandelt, dann läßt man die Lider langsam in ihre Stellung zurückgehen. Zu Hause — die Behandlung kann ambulant durchgeführt werden — muß mit einem feuchten Wattebausch alles Sekret baldigst entfernt werden. Die Prozedur wird täglich einmal wiederholt. Nach

Digitized by Google

14 Tagen ist der Krankheitsprozeß gewöhnlich völlig abgelaufen. 41 Fälle wurden auf diese Weise behandelt. Bei den ersten Anzeichen beginnender Entzündung konnte durch einmalige Einbringung von Airol die Erkrankung kupiert werden.

G. Heymann-Elbing.

Über die Leuchtsondenbehandlung der weiblichen Blennorrhoe, von R Franz-Wien. (Zbl. f. d. ges. M., 1919, Nr. 42.) Nach den wenig günstigen Ergebnissen wird festgestellt, daß ein Teil der behandelten Blennorrhoefälle mit der zur Verfügung stehenden Apparatur durch Leuchtsondenbehandlung geheilt werden konnte. Zugleich muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß Zeitaufwand und Kosten dieser Behandlungsart in keinem Verhältnis zu den Erfolgen stehen, und daß dieselben für die subakute und chronische Blennorrhoe der Harnröhre und des Uterus keineswegs besser sind als mit den geübten alten Methoden der desinfizierenden Auswischung oder Injektion.

O. Gans-Heidelberg.

Neosalvarsan bei blennorrhoischer Zystitis, von Victor Baar. (W. m. W., 1918, Nr. 40.) Mitteilung von 10 Fällen von blennorrhoischer Zystitis, bei welchen die Verwendung von Salvarsan- oder Neosalvarsaninjektionen rasche Heilung bewirkte.

H. Vörner-Leipzig.

Behandlung der weiblichen Blennorrhagie, von L. Pouliot. (J. de Méd. de Paris, 1919, Nr. 8.) Der im ganzen für den Facharzt nichts Besonderes bietende Aufsatz weist in dankenswerter Weise auf die Schwere, Häufigkeit und Hartnäckigkeit der Erkrankung und ihre meist ungenügende Behandlung, besonders auf die oft keine Beschwerden verursachende, nur durch Untersuchung nachweisbare, in 90% der Fälle vorhandene Urethritis hin. Bezüglich der Rektalblennorrhoe vertritt Verf. die Anschauung, daß sie sehr selten durch überfließendes Sekret, vielmehr gewöhnlich durch Coitus analis oder durch Instrumente und Gegenstände bewirkt wird, weil der Anus der Infektion starken Widerstand leistet, das Rektum leicht infiziert wird. Zum Schluß wird eindringlich auf die in jedem Falle notwendige Behandlung des Ehemanns hingewiesen.

E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der blennorrhoischen Arthritis mit sensibilisierter Gonokokkenvakzine, von H. D. Haworth. (Brit. m. J., 5. Januar 1918, Nr. 2975.) Den Anfang seiner Beobachtungen in dieser Richtung machte H. bei einem akuten Fall von blennorrhoischer Gonitis purulenta, bei welchem durch Aspiration gonokokkenhaltige Flüssigkeit aus dem affizierten Gelenk genommen wurde. Aus derselben wurde (nach einem ausführlich dargelegten, aber im Referate nicht wiederzugebenden Verfahren) eine sensibilisierte Vakzine hergestellt, mit welcher Pat. sehr erfolgreich behandelt wurde, während er auf frühere Behandlung mit einer Stammvakzine von Gonokokken und Staphylokokken wenig oder gar nicht reagiert hatte. Um mehrere Patienten in ähnlicher Weise behandeln zu können, stellte sich Verf. von gonokokkenhaltigem Urethralsekret von vier Patienten Kulturen her, aus denen er dann Vakzinen mit genauer abgemessenem Gonokokkengehalt bereitete. Die erste Serie von zehn Patienten erhielt nun von dieser Vakzine zwölf Injektionen mit einem Gonokokkengehalt von 25—550 Millionen; die zweite Patientenreihe von sieben Fällen erhielt sieben Injektionen mit 100 — 1200 Millionen Gonokokken. Die Resultate waren sehr befriedigend. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Verhütung von Rückfällen bei Blennorrhoe, von C. Russ-London. (Brit. m. J., 30. August 1919, Nr. 3061.) Die beste Methode, um Rezidive zu verhüten, ist die völlige Beseitigung der Gonokokken während des akuten Stadiums, was R. durch seine seit sechs Jahren geübte elektrolytische Methode erreichen zu können glaubt. Wenn durch einen gefensterten Katheter mit entsprechender Elektrode ein konstanter Strom durch die Urethralgebilde geleitet wird, findet eine ausgiebige Wanderung von Leukozyten und Gonokokken nach der Anode hin statt. Dabei werden die natürlichen Immunisierungsprozesse geschont oder sogar gesteigert. Heilung wird durchschnittlich in 24—25 Tagen erzielt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der chronischen Urethritis nebst Beschreibung eines neuen Instrumentes zum Ätzen der Lakunen, von W. W. Powell-London. (Brit. m. J., 9. August 1919, Nr. 3058.) Die von P. bei der Behandlung der chronischen Urethritis empfohlenen Maßregeln sind im ganzen dieselben, wie sie von leitenden deutschen Urologen schon hinreichend beschrieben worden sind. Das zum Ätzen der entzündlich affizierten Lakunen angegebene und seit einigen Jahren vom Verf. erprobte Instrument stellt im wesentlichen ein Urethroskop dar, welches in einer Nebenkanüle eine Ätzsonde trägt, so daß man an der mit Luft ausgedehnten Harnröhre jede einzelne Lakune unter Kontrolle des Auges betupfen kann. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe, Tamponade und Massage, von J. P. Fogarty. (Brit. m. J., 1. März 1919, Nr. 3035.) Ein ganz neues Moment wird mit diesem Verfahren in die Blennorrhoetherapie eingeführt, indem die sonst üblichen Spülungen zunächst ausgeschaltet werden. Statt dessen wird die Urethra mit einem in gonokokkentötender Lösung getränkten Mullstreifen (von $^1/_2$—$^3/_4$ Zoll Breite) ausgestopft, worauf man den Penis fünf Minuten lang sanft massiert. Der Druck ist dabei nach dem Skrotum zu gerichtet. Alsdann wird die Harnröhre mit einem zweiten Streifen ausgestopft, welcher vier Stunden oder länger liegen bleibt. Meistens kam Verf. mit zwei Tamponaden im Tage aus. Zum Befeuchten der Mullstreifen erwies sich eine 5%ige Lösung von Argyrol als das Zweckmäßigste; stärkere Lösungen zu 7 und 10% erwiesen sich leicht als schmerzhaft. Die Einführung der Gazestreifen läßt sich mit einer nicht zu kleinen Knopfsonde ohne große Mühe bewerkstelligen. Wenn der morgendliche Ausfluß aufhört oder nicht mehr eitrig ist, was meist nach vier Tagen der Fall ist, setzt man die Packungen aus und spült nur dreimal täglich mit Kalipermanganat (1 : 5000) aus. Verf. hat in neun Monaten 742 Fälle auf diese Weise behandelt; von diesen wurden nur 13, weil am achten Behandlungstag noch nicht geheilt, an eine Spezialabteilung überwiesen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die elektrolytische Behandlung der Blennorrhoe; ein neuer Elektrolyt, von C. Russ-London. (Brit. m. J., 12. Mai 1917, Nr. 2941.) Die von Verf. bei früherer Gelegenheit schon beschriebene Methode der elektrolytischen Behandlung der akuten Blennorrhoe bezweckt vor allen Dingen die Anregung der natürlichen Sekretion der Drüsengebilde der Harnröhre, um auf diese Weise ein Ausschwemmen der Gonokokken zu erzielen. Zu diesem Zwecke wird die eine (positive) Elektrode in Stilettform mit umgebenem Katheter in die Urethra eingeführt, während die andere (negative) als eine mit einer speziell zusammengesetzten Flüssigkeit getränkte Kompresse von außen appliziert wird. Als zweckmäßigste Flüssigkeit zu diesem Zweck empfiehlt R. nunmehr eine Lösung von Monochloressigsäure zu 0,5% in einer 1%igen Lösung von Chlornatrium. Jegliche Spülung der Urethra hat bei diesem Verfahren zu unterbleiben, weil dadurch die Wirkung der die Heilung fördernden blennorrhoischen Antikörper beeinträchtigt wird. Zunächst werden tägliche Sitzungen von $^1/_2$stündiger Dauer an sechs Tagen nacheinander gegeben mit einem Strom von zwei bis drei MA. In der zweiten Woche erhält der Patient drei Behandlungen, in der darauffolgenden dann auch noch zwei oder drei, worauf meistens Heilung bewirkt ist. Bei einer Reihe von fast 200 Fällen war namentlich das Fehlen von Komplikationen, wie Arthritis und Strikturbildung, eine sehr bemerkenswerte Erscheinung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Resultate der Vakzinebehandlung bei einer Serie von 500 Fällen von akuter Blennorrhoe, von N. P. L. Lumb. (Brit. m. J., 6. Oktober 1917, Nr. 2962.) Das von L. befolgte Verfahren bestand in der sofortigen Verabreichung einer Stammvakzine, welche in jedem Kubikzentimeter 20 Millionen Gonokokken und 50 Millionen Staphylokokken enthält (Staphgon), nebst Urethralspülungen nach Janetscher Methode mit einer schwachen Lösung von Kali permanganicum. Innerlich wurde Urotropin zusammen mit Infusumbucha und Acid. natr. phosphoric. und Kali citricum gegeben. Nachdem 50 Fälle günstig verlaufen waren, wurde eine etwas energischere Anwendung beschlossen. Verf. empfiehlt demnach eine stärkere Vakzine mit 50 Millionen Gonokokken und 150 Millionen Staphylokokken im Kubikzentimeter. Hiervon erhält Pat. am ersten Tage eine Injektion von 1 ccm und dann mit dreitägigen Pausen noch fünf zu je 2 ccm; alsdann folgt eine zehntägige Pause, worauf noch sechs Injektionen in dreitägigen Zwischenräumen folgen. Vielfach ist nur ein einmaliger Behandlungskurs nötig. Bei unkomplizierten Fällen ergab sich eine durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes von 35 Tagen, bei komplizierten von 52 Tagen. Die elektrochemische Behandlungsmethode hat Verf. bei 20 Fällen auch erprobt, hat aber damit keine befriedigenden Resultate erzielt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die chemotherapeutische Behandlung der Blennorrhoe, von J. E. R. Mc Donagh. (Brit. m. J., 13. Juli 1918, Nr. 3002.) Vor einiger Zeit hat Verf. Injektionen von Mangankolloid zur Behandlung der Blennorrhoe empfohlen. Eine schnellere Wirkung glaubt er aber mit kolloidalem Palladium zu erzielen, das unter dem Namen Pallamine vom Laboratonium Crookes (in London W 11) hergestellt wird. Das Mittel hat die Wirkung, das Hydroxyl aus dem H_2O frei zu machen und auf die Entzündung hemmend einzuwirken. Man injiziert intramuskulär 0,5 des Präparates, sobald der blennorrhoische Ausfluß hervortritt; nach einer Pause von zwei oder drei Tagen wird eine zweite Injektion verabreicht und evtl. noch eine dritte. Daneben werden, solange

Digitized by Google

der Ausfluß eitrig ist, Spülungen mit Kali permanganicum und später solche mit Zinksulfat oder Zinkpermanganat (1:10000) gegeben. Wenn nach sechs Tagen Heilung noch nicht erfolgt ist, gibt man alle zwei bis drei Tage eine intramuskuläre Injektion von Kolloidmangan (0,5 ccm). Die Durchschnittsdauer bei einer Serie von 50 so behandelten Patienten war 8,5 Tage. Innerlich gibt Verf. auch gern Kaliumnitrat bei salzarmer Kost oder auch Methylenblau. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über fünf Fälle von Arthigonbehandlung bei Augenerkrankungen, von Ludwig Decker. (Diss., Heidelberg 1919.) 1. Konjunktivitis auf blennorrhoischer Basis mit Arthritis. 2. Iritis und Konjunktivitis bei gleichzeitigem Urethralkatarrh nach Blennorrhoe vor $^3/_4$ Jahren. 3. Nach mehrfacher Injektion mit Blennorrhoe häufig wiederkehrende Entzündungen der Iris; nach der ersten Iritis Erkrankung der Zehengelenke, jetzt gleichzeitige Beteiligung der Harnwege. 4. Konjunktivitis. Bis jetzt sechsmal wegen Iritis und Gelenkserkrankungen behandelt, bei der letzten Erkrankung auch Katarrh der Harnwege. 5. Iritis acuta. Bis jetzt zweimal Iritis mit Gelenkerkrankung; vor 13 Jahren Blennorrhoe. In allen Fällen führte die intravenöse Arthigonbehandlung eine Besserung der Augenerkrankung unmittelbar herbei; schädliche Wirkungen des Arthigons wurden nicht beobachtet. F. Weiler-Leipzig.

Zur Behandlung geschlechtskranker Frauen in einem Frauenlazarett, von Silberstein. (Ther. M., 1918, Nr. 8) S. behandelt die Zervix täglich mit watteumwickelten Sonden, die mit folgender Flüssigkeit getränkt werden: Tinct. Jodi 50,0, Arg. protein., Ichthyol ää 25,0, Glyzerin 200,0. Um das Sekret zu beseitigen, läßt S. täglich Spülungen mit schwachen Kaliumpermanganat-Lösungen, bei stark virulentem Ausfluß mit Chlorzinklösungen machen. Bei der Urethralblennorrhoe werden 2—3mal täglich Protargolstifte eingeführt. E. Brinitzer-Altona.

Die kombinierte Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von B. Lorb-Mannheim. (M. m. W., 1919, Nr. 25.) Lorb unterscheidet: 1. vollen Abortiverfolg = Heilung in der 1. und 2. Woche; 2. beschleunigte Heilung = Heilung in der 3.—6. Woche; 3. Heilung in der gewöhnlichen Behandlungszeit (7.—10. Woche); 4. verzögerte Heilung (11. bis 12. Woche); 5. stark verzögerte Heilung (bis zu mehreren Monaten). Material: 352 Fälle. Ergebnisse: Voller Abortiverfolg in 41%, beschleunigte Heilung in 24%, Heilung in der gewöhnlichen Behandlungszeit in 12%, verzögerte und stark verzögerte Heilung in 7%. Natürlich sind die Erfolge um so besser, je früher nach Ausbruch der Erkrankung die Behandlung einsetzt. Daher wurde der volle Abortiverfolg erreicht bei den am 1. Erkrankungstag in Behandlung getretenen Kranken in 57,6 v. H., bei am 2. Erkrankungstag eingetretenen in 40 v. H., am 3. in 21,6 v. H. Der Eintritt des vollen Abortiverfolgs ist ferner um so mehr zu erwarten, je früher nach der Ansteckung die Behandlung beginnt. Daher trat dieser in 73 v. H. bei denjenigen auf, die am Tage nach der Ansteckung in die Behandlung kamen, nur mehr in 47,6 v. H., 39,2 v. H. und 29,3 v. H. bei den am 3., 4. und 5. Tage gekommenen. Auffallenderweise tritt mit noch weiterer Entfernung des Behandlungsbeginns von Ansteckung und Erkrankungsanfang wieder eine deutliche Hebung des Erfolgs auf. Erstmals Angesteckte haben ungünstigere Aussichten (nur 30 v. H.) als das zweitemal Erkrankte (52 v. H.). Dagegen besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen zwei- und mehrmals Erkrankten. Eine schon früher gelungene Abortivkur eröffnet auch für eine spätere günstige Aussichten. Bei einmal vorausgegangenem schweren Tripper blieb der Erfolg häufig aus. Geeignet sind alle Fälle, bei welchen die Krankheit noch nicht länger als 2—3 Tage besteht; doch können ausnahmsweise auch 4—6 Tage alte Tripper der Abortivbehandlung unterzogen werden. Vorausbedingung ist der Mangel heftigerer Entzündungserscheinungen, von Beteiligung der hinteren Harnröhre und von Hypospadie. Wenn auch die Beimengung von Epithelien zum Ausfluß, Lagerung der Gonokokken außerhalb der Leukozyten und auf den Epithelien auf kürzeren Bestand der Erkrankung und auf günstigere Aussichten schließen lassen, so ist doch die ausschließliche Zusammensetzung des Eiters aus Eiterzellen und die Lagerung der Gonokokken in den Zellen kein Anlaß, die Abortivbehandlung nicht zu versuchen. Bei gelungener Abortivbehandlung sind die Gonokokken bereits nach der ersten Einspritzung dauernd geschwunden. Mehrmals konnte jedoch beobachtet werden, daß sie noch von selbst verschwinden, wenn sie noch vorhanden waren, als am 2. oder 3. Tage die Behandlung abgebrochen werden mußte. Dies spräche für den Einfluß von Antikörperbildung durch die starke seröse Durchtränkung und Entzündung. Am 2. oder 3. Tage auftretende, sich kräftig färbende Kugeln von der Größe eines roten Blutkörperchens oder seines Drittels, werden auf Zerfallserzeugnisse von Leukozytenkernen gedeutet. Frühzeitiges und zahlreiches Auftreten derselben schien von günstiger Be-

Digitized by Google

deutung zu sein. Es empfiehlt sich die Behandlung jedenfalls 2—3 Tage fortzusetzen. Leitet man im Falle des Mißlingens bei Wiedereintritt von Eiter und Gonokokken nach der i. d. N. sich zeigenden serösen oder auch blutigen Absonderung die gewöhnliche Trippербehandlung ein, so erreicht man doch noch in einem Viertel der Fälle eine beschleunigte Heilung (in der 3.—6. Woche). Bei Übergreifen auf die hintere Harnröhre haben sich Urotropin und Diplosal besser bewährt als die Balsamika. Es scheine, daß, wenn die Abortivbehandlung mißlingt (in 10% der Gesamtfälle), die versuchte Abortivbehandlung einen ungünstigen Einfluß auf den weiteren Verlauf des Trippers ausgeübt hatte. Die besten Erfolge wurden mit Protargol erzielt. Die gewonnenen Resultate haben sich jedoch von Jahr zu Jahr verringert, was auf die Entstehung silberfester Gonokokkenstämme durch die allgemein geübte Silberbehandlung zurückgeführt wird. Daher hat Verf. die Beihilfe des Arthigons herangezogen. Dieses hat sich besser bewährt als Gonargin, Vakzigon und Phylokkogen. Am wirksamsten war ein „Arthigon extrastark" mit stark vermehrter Keimzahl. Mehrerfolg gegenüber der ausschließlichen Silberbehandlung 20 v. H. Fälle, welche nach dem 2. und 3. Tag noch Gonokokken zeigten, also sonst für die Abortivbehandlung verloren scheinen, wurden so in kurzer Zeit doch noch gonokokkenfrei. Keine ungünstigen Nebenwirkungen, wohl aber günstige Beeinflussung der lokalen Silberreizung. Dieser Erfolg, der mit der sonst bei Tripper recht mangelhaften Arthigonwirkung in Widerspruch steht, erkläre sich mit der stärkeren Heranziehung von Antikörpern durch die heftige Silberreizung. Die Technik ist folgende: Einspritzung einer frisch bereiteten Lösung von 5%iger Kokainlösung, destilliertem Wasser und 10%iger Protargollösung zu gleichen Teilen, nach vorheriger Keimbefreiung von Vorhaut und Eichel mit 5%iger Höllensteinlösung. Dann 10%ige Protargollösung für 10—15 Minuten. Unmittelbar darauf 1/2 ccm Arthigon extra intramuskulär. Harnentleerung erst nach 3—4 Stunden. Täglich zwei Urotropinplätzchen. Nach 5—6 Stunden, möglichst am gleichen Tage, ebenso am Morgen des folgenden Wiederholung des örtlichen Eingriffs. Am Abend des 2. und am 3. Tage 2—5%ige Protargollösung. Am 3. Tage 1 ccm Arthigon extra. Wiederholung am 6. und 9., wenn bis dahin nicht vollständiger Erfolg eingetreten ist. Wenn keine sehr starke Reizung auftritt, soll der Kranke selbst bei noch nötiger Behandlung noch einige Tage 2—3mal mit 1/2—1%iger Protargollösung spritzen. Bei Mißerfolg Fortsetzung der Kur in der üblichen Weise. Bei Frauen konnten keine Erfolge mit Abortivbehandlung erreicht werden; dagegen ist es in einer größeren Anzahl von Fällen gelungen, durch Ausspülungen von Vagina und Vulva mit 2‰iger Sublimatlösung, gründlicher Abreibung von Gebärmutterhals, Scheide und Vulva und Beträufluug der Harnröhre mit 10%iger Protargollösung bei aller Wahrscheinlichkeit nach bereits angesteckten Frauen dem Auftreten des Trippers vorzubeugen.

v. Notthafft-München.

Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Kollargol, von Fritz Lux. (M. m. W., 1919, Nr. 22.) Die Nachprüfung der Menzschen Publikation über Erfolge der Behandlung des Trippers mit Kollargol ergab ein gegenteiliges Resultat. Wohl wurden bei Komplikationen gute Erfolge gesehen (was man aber schon lange weiß), dagegen blieb der Harnröhren- und Gebärmutterhalstripper i. d. R. unbeeinflußt. v. Notthafft-München.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Felix Guyon, gewesener Leiter der urologischen Universitätsklinik am Hôpital Necker in Paris, ist gestorben. R.

Berichtigung. In der Arbeit „Über Paraffinkrebs", von Dr. Otto Küntzel (Derm. W., Nr. 30), wurde die Arbeit „Über einen Fall von multiplen Hautkarzinomen bei einem Brikettarbeiter" (Derm. Zschr., Bd. 16), von Dr. Ludwig Zweig-Dortmund, vom Verfasser zu erwähnen vergessen. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. September 1920 | Nr. 39 | Band 71

Aus der chir. orthopädischen Klinik von Dr. Deutschländer zu Hamburg.

Zur luetischen Genese angeborener Defektbildungen[1]).

Von

Dr. Carl Deutschländer in Hamburg.

Mit 9 Abbildungen auf 2 Tafeln.

Trotz der verschiedenen Hypothesen, die man für die Entstehung angeborener Defektbildungen aufgestellt hat, herrscht über die Pathogenese dieser Leiden noch ein recht großes Dunkel. Nur insofern beginnt sich eine Klärung vorzubereiten, als die rein mechanischen Theorien mehr verlassen und dafür endogene Entstehungsursachen in den Vordergrund gestellt werden. So hat Falk[2]) vor kurzem anläßlich seiner Untersuchungen über die angeborenen Wirbelverkrümmungen darauf hingewiesen, daß die letzte Ursache der Mehrzahl der angeborenen Wirbelverkrümmungen als die Folge von Ernährungsstörungen der embryonalen Zellen anzusehen sei, die häufig bereits vor Anlage der blastematischen Wirbelsäule zu einer Änderung der Wachstumsrichtung und Wachstumsenergie der embryonalen Anlage führen. Eine mechanische Beeinflussung, insbesondere intrauterine Belastung oder Druck eines zu engen Ammions spielen keine wesentliche Rolle weder für die angeborene Skoliose noch für zahlreiche andere angeborene Deformitäten.

Was die Ursache solcher Ernährungsstörungen anbetrifft, so ist sicher, daß Lues, Tuberkulose und Alkoholismus einen hervorragenden Anteil an den Entwicklungshemmungen der Keimanlage besitzen und besonders die Lues ist es, die von einer großen Anzahl von Autoren für die Entstehung angeborener Defektbildungen verantwortlich gemacht wird. Hinsichtlich des Zeitpunktes unterliegt es keinem Zweifel, daß dieser entwicklungshemmende Einfluß der Lues nicht nur in der embryonalen Phase der Entwicklung, sondern auch in jeder späteren Periode der fötalen Entwicklung zum Ausdruck gelangen kann und namentlich das Knochenskelett bildet einen Hauptangriffspunkt der Lues, — es sei hier nur kurz auf die Chondrodystrophie und die Veränderungen in den Epiphysen der fötalen Knochen hingewiesen.

Von diesem pathogenetischen Gesichtspunkte aus betrachtet, dürften die folgenden Fälle von angeborener Defektbildung des Knochenskeletts trotz ihrer vorwiegend orthopädischen Bedeutung auch für die Leser

[1]) Nach einer Demonstration im Ärztlichen Verein zu Hamburg vom 18. Nov. 1919.

[2]) E. Falk: Intrauterine Belastung und angeborene Wirbelsäulenverkrümmung. Berl. klin. Wochenschr., 1918, Nr. 23.

Digitized by Google

dieser Zeitschrift von Interesse sein, und ich lasse zunächst ihre Beschreibung folgen:

Fall I. Heinz St.: 6 Monate alt, kräftig entwickelter Knabe, Mutter gesund, Schwangerschaftsverlauf und Geburt ohne Besonderheiten. Vater war nach eigener Angabe luetisch erkrankt gewesen, zeigt aber seit seiner Verheiratung keine Erscheinungen.

Das linke Bein des Kindes ist stark verkürzt (Abb. 1). Es handelt sich hierbei um einen Defekt des rechten Oberschenkels, der vollkommen fehlt. Der Unterschenkel setzt direkt am Becken an und die Gesäßfalte bildet unmittelbar den Übergang zum Unterschenkel. Auf der Vorderseite ist die Gegend unterhalb der Leiste etwas verdickt. Es finden sich hier zwei tiefe Hautfurchen. In der Tiefe fühlt man einen knorpelharten Widerstand, der den Rest der verkümmerten Knorpelanlage darzustellen scheint. Zu diesem verkümmerten Rudiment ziehen vom Becken aus die ebenfalls verkümmerten Stränge der pelvifemoralen und ischiofemoralen Muskeln, die als solche in der Gesäßfalte gut durchzufühlen sind. Störungen von seiten der Nervenleitung sind nicht nachweisbar. Unterschenkel und Fuß entsprechen in ihrer Entwicklung etwa der Norm. Am rechten Bein, das im übrigen regelmäßig gegliedert ist, findet sich ein angeborener Klumpfuß, den man wohl als sekundär entstandene Deformität betrachten muß.

Wie das Röntgenbild (Abb. 2) zeigt, handelt es sich um einen sog. Totaldefekt des Femurs. Becken und Hüftpfanne sind vollkommen regelrecht entwickelt. Zwischen der Hüftgelenkpfanne und dem Knochenskelett des Unterschenkels besteht ein breiter Zwischenraum, der von einem verschwommenen Schatten ausgefüllt ist. Wahrscheinlich stellt dieser Schatten den Rest des knorpligen Femurschaftes dar, der jedoch noch nicht die geringste Neigung zur Verknöcherung zeigt. In der Gegend des Knies ist eine Gelenkverbindung nicht nachweisbar, und das Skelett des Unterschenkels ist hier fest mit dem Knorpelrudiment des Femurschaftes vereinigt. Es besteht somit eine angeborene Knieankylose. Die Kniescheibe fehlt. Von dem Unterschenkelknochen zeigt das Schienbein regelmäßig entwickelte Formen, dagegen weist das Wadenbein im unteren Drittel einen Defekt auf und die Entwicklung des äußeren Knöchels ist unterblieben. Infolge dieser Hypoblasie befindet sich der Fuß in Pronationsstellung und es besteht das Bild der Madelungschen Sprunggelenksdeformität. Der Fuß selbst läßt in seiner Entwicklung keine auffallenden Störungen erkennen. Die Strahlenausbildung ist nicht beeinträchtigt.

Kurz zusammengefaßt, besteht also in diesem Falle ein angeborener totaler Femurdefekt, eine angeborene Ankylose des Kniegelenkes mit totalem Defekt der Kniescheibe und ein teilweiser Defekt des Wadenbeines am distalen Ende.

Den gleichen Typus der Defektbildung weist der zweite Fall auf, nur daß es sich hierbei um ein vorgeschrittenes Stadium und um die oberen Gliedmaßen handelt.

Fall II. Gertrud L.: 20jähriges Mädchen. Über die hereditären Verhältnisse konnte nichts Bestimmtes ermittelt werden. Vater tot, soll an Gehirnschlag gestorben sein.

Bei dem sonst gut entwickelten Mädchen (Abb. 3) ist der auffallendste Befund eine hochgradige Verkümmerung des linken Armes, der etwa nur die Größe eines Drittteils des normalen rechten Armes erreicht hat. Die verkümmerte Entwicklung macht sich bereits am Schulterblatt bemerkbar, das wesentlich kleiner als das rechte ist und nach Art der Sprengelschen Deformität eine Drehung um seine Achse und einen Hochstand aufweist. Die Schultergelenkverbindung ist vorhanden, doch besteht auch hier eine Störung insofern, als die Aufwärts- und Kreisbewegung des Armes erheblich eingeschränkt ist, was auf eine fehlerhafte Gelenkbildung zurückzuführen ist. Der in allen Ausdehnungen verkümmerte Oberarm bildet mit dem Unterarm einen stumpfen Winkel und ist im Ellenbogengelenk vollkommen versteift. Von dem Knochen des Vorderarmes ist die Speiche regelrecht, die Elle dagegen nur zum Teil entwickelt. Letztere weist an ihrem distalen Ende einen Defekt auf, so daß die Ausbildung des Griffelfortsatzes der Elle unterblieben ist. An der Hand sind nur vier Strahlen entwickelt, der fünfte — Kleinfingerstrahl — fehlt, zugleich mit dem fünften Mittelhandknochen. Die drei vorhandenen Finger sowie der Daumen stehen in ihren Mittelgelenken in Beuge-

Digitized by Google

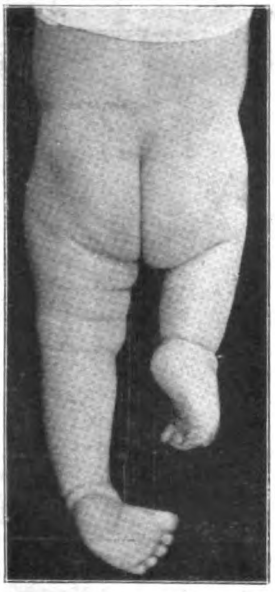


Abb. 1.

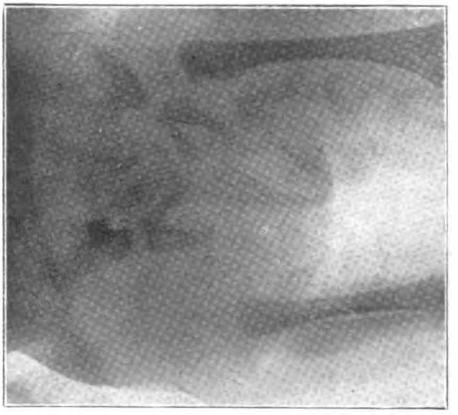


Abb. 2.

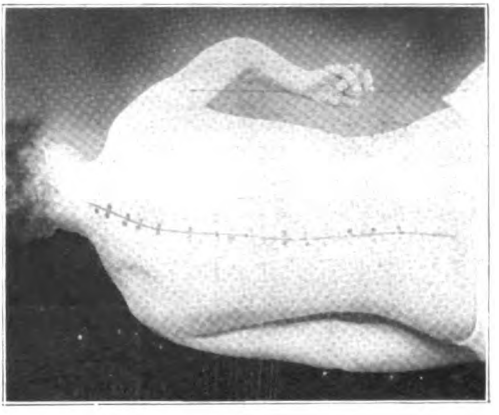


Abb. 3.

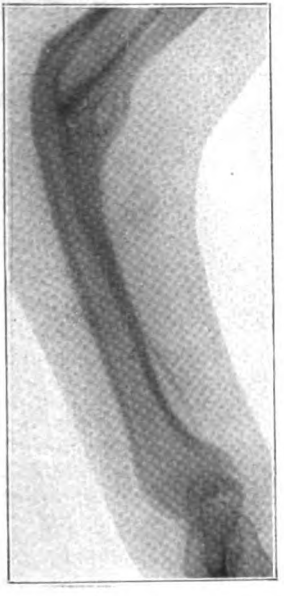


Abb. 5.

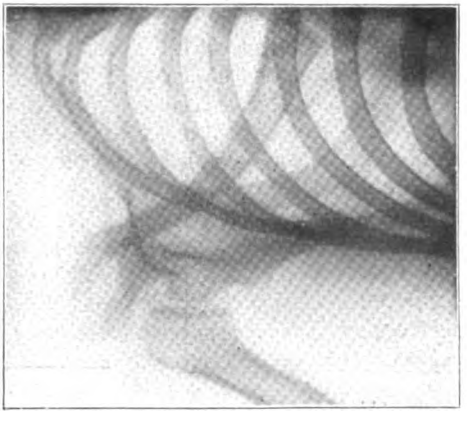


Abb. 4.

Deutschländer, Angeborene Defektbildungen. Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Digitized by Google

Abb. 6.

Abb. 7.

Abb. 8.

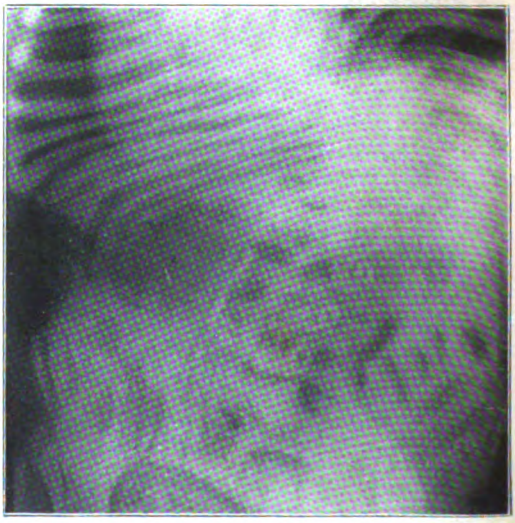


Abb. 9.

Deutschländer, Angeborene Defektbildungen. Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Digitized by Google

kontraktur und können nur in geringem Umfange bewegt werden. Entsprechend der Hypoblasie des Skeletts ist auch die Muskulatur rudimentär entwickelt, im übrigen jedoch vollzählig angelegt. Störungen in der Nervenversorgung sind nicht festzustellen.

Auch diese Defektbildung hat noch zu einer sekundären Deformität geführt, die sich in einer rechtskonvexen Totalskoliose äußert; sie ist zugleich der Typ einer funktionellen Deformität, veranlaßt durch die einseitige Tätigkeit der rechtsseitigen Armmuskulatur (Abb. 3).

Im Röntgenbilde (Abb. 4) ergibt sich für das Schultergelenk ein ganz eigenartiger Befund; der Form nach als Schulterblattpfanne und Oberarmkopf angelegt, springt jedoch in der Pfanne eine halbkugelige Vorwölbung vor, die in einer pfannenartigen Vertiefung des Oberarmkopfes artikuliert. Es bestehen somit umgekehrte Formverhältnisse wie am normalen Schultergelenk und die Folge hiervon ist die Entwicklung eines Nußgelenks an Stelle der freien Arthrodie. Diese Anomalie erklärt auch die eben erwähnte Einschränkung der Beweglichkeit des Schultergelenks.

Im Ellenbogen (Abb. 5) besteht eine vollkommene Ankylose und Synostose des Oberarmknochens mit Speiche und Elle. Zur Bildung des Olekranon ist es nicht gekommen. Auch Elle und Speiche sind unter sich am proximalen Ende knöchern verwachsen, so daß die Drehbewegungen um die Längsachse vollkommen aufgehoben sind. Das distale Ende der Elle fehlt, ebenso fehlt, wie schon erwähnt, der Griffelfortsatz der Elle. Die Elle selbst endigt in ihrem distalen Abschnitt etwa drei Finger breit über der Handwurzel in einer kolbigen Verdickung; ferner fehlen sämtliche Knochen des fünften Fingerstrahls und auch die hierzu gehörigen Knochen der Handwurzel; os triquetrum, os pisiforme und os hamatum (Abb. 5) sind nicht zur Entwicklung gekommen.

Kurz zusammengefaßt, handelt es sich also in diesem Falle um eine hochgradige Hypoblasie des linken Armes, verbunden mit einer angeborenen Ankylose im Ellenbogengelenk und einem teilweisen Defekt der Elle nebst Defekt des Kleinfingerstrahls.

Wie sind nun derartige Defektbildungen zu erklären? Handelt es sich um ein Vitium primae formationis, d. h. um eine von vornherein fehlerhafte Anlage der Extremitäten im Keim oder um eine an sich regelrechte Anlage, die aber infolge irgendwelcher pathologischer Vorgänge — für die besonders die Lues verantwortlich zu machen wäre —, Störungen in ihrer weiteren Entwicklung erlitten hat? Für die erste Annahme liegen m. E. keine genügenden Anhaltspunkte vor. Man müßte gerade annehmen, daß die embryonalen Zellen, aus denen sich die Extremitätenknospen aufbauen, in ihrer Lebensfähigkeit so schwer geschädigt seien, daß es zu keiner regelmäßigen Entwicklung hätte kommen können. In einem solchen Falle müßte man aber eine allgemeine Aplasie sämtlicher Gliedmaßenabschnitte erwarten, während bei den hier geschilderten Defektbildungen in der Tat nur eine begrenzte Verkümmerung einzelner Gliedabschnitte festzustellen ist. So besteht in dem ersten Falle eine rudimentäre Entwicklung des Femur und ein teilweiser Defekt des Wadenbeins. Dagegen zeigt das Schienbein und der Fuß eine durchaus regelrechte Gestaltung des Knochenskeletts. Auch in dem zweiten Falle liegen nur teilweise Defektbildungen vor. Ferner ist die Segmentierung des Skeletts in den Gelenkabschnitten an sich regelrecht erfolgt, denn die Synostose des Kniegelenks im ersten Falle, des Ellenbogengelenks im zweiten Falle, läßt immerhin erkennen, daß eine Abschnittsgliederung stattgefunden hat, nur die fertige Ausbildung des Gelenks ist infolge der Hypoblasie des proximalen Skelettabschnittes unterblieben.

Betrachten wir den ersten Fall, so ist der auffallendste Befund die vollständige Hypoblasie des Oberschenkelknochens, an dem das Röntgenbild auch noch nicht die geringste Neigung zur Verknöcherung erkennen

Digitized by Google

läßt. Gleichwohl darf man aus diesem Grunde nicht annehmen, daß überhaupt ein Skelettachsenstrang fehlt, denn in der Tat ist ein solcher vorhanden, nur ist das Oberschenkelskelett auf einer embryonalen Vorstufe stehengeblieben und verharrt noch im knorpeligen Zustande. Das Pathologische besteht also nicht in einem absoluten Fehlen der Skelettanlage überhaupt, sondern in dem Ausbleiben der Differenzierung des chondralen Achsenstranges in Knochengewebe. Die embryonalen Knorpelzellen haben eben durch bestimmte Schädigungen die Fähigkeit verloren, die für die Knochenumwandlung erforderlichen Kalksalze in die Interzellularsubstanz auszuscheiden. Der Verlust dieser Seite der funktionellen Tätigkeit der Knorpelzellen kann dauernd sein, wie z. B. beim partiellen Defekt des Wadenbeines bzw. der Elle, wo offenbar der chondrale Achsenstrang eine Rückbildung in fibröses Bindegewebe erfahren hat; er kann aber auch nur vorübergehend sein und sich in der späteren Zeit noch ausgleichen, so daß die Umwandlung des Knorpels in Knochengewebe nur stark verzögert ist. Bei dem erst beschriebenen Falle von angeborenem Oberschenkeldefekt wird es sich allem Anschein nach nur um eine starke Verzögerung der knöchernen Metamorphose handeln; denn wie weitere Röntgenaufnahmen schon jetzt erkennen lassen, beginnt sich in der unteren Epiphyse bereits ein Knochenkern zu entwickeln, so daß wir im Laufe der späteren Entwicklung noch mit einer Verknöcherung des z. Zt. knorpligen Achsenskeletts rechnen können. Daß selbstverständlich eine solche verspätete Knochenumwandlung mechanisch anders beeinflußt wird als eine normale Knochenumwandlung des Skeletts und mit schweren Deformierungen einhergeht, braucht keiner weiteren Ausführung.

Die Tatsache, daß das Pathologische bei den geschilderten Defektbildungen in der ausbleibenden oder zum mindesten sehr stark verzögerten knöchernen Umwandlung des Knorpelgewebes besteht, läßt auch einen Rückschluß auf den Zeitpunkt zu, in dem die schädigenden Momente einsetzen. Mit Wahrscheinlichkeit dürfte anzunehmen sein, daß die primäre knorpelige Skelettanlage regelrecht erfolgt, daß sich also bis zur 8. bis 10. Woche der embryonalen Entwicklung schädigende Einflüsse noch nicht geltend machen. Erst nach diesem Zeitpunkt beginnt sich die Umwandlung des Knorpelgewebes in Knochengewebe vorzubereiten und in diesem Entwicklungsvorgang greift die schädliche Ursache ein. Man wird also die Entstehung der geschilderten Defektbildungen etwa in den dritten Monat der embryonalen Entwicklung verlegen können. Zieht man nun in Betracht, daß in diesem Zeitpunkt gleichzeitig der erste Kreislauf in den zweiten fötalen übergeht, daß also in dieser Periode die Embryonalanlage ihre Nahrungsstoffe auch aus Bestandteilen des mütterlichen Blutes zu ziehen beginnt, so liegt der Gedanke nahe, daß es die Berührung mit Bestandteilen des mütterlichen Blutes ist, durch die die Störung in die Entwicklungsvorgänge hineingetragen wird und die sich besonders bei den Ossifikationsvorgängen geltend macht, die ja unter lebhafter Beteiligung des Blutgefäßsystems vor sich gehen. Bei einem solchen Zusammenhange dürfte auch die Rolle der Lues, die ja eine ausgesprochene Blutkrankheit ist, leicht verständlich erscheinen.

Digitized by Google

Wie sich die Vorgänge bei einer schädlichen Reizeinwirkung im einzelnen abspielen, ist noch völlig ungeklärt; daß aber die Lues in ganz besonderer Weise die Entwicklungsvorgänge zu beeinflussen vermag, darüber besteht kein Zweifel und ich möchte in diesem Zusammenhang nur kurz noch eine weitere Beobachtung erwähnen, die ich vor kurzem zu machen Gelegenheit hatte:

Fall III. A. K.: 2jähriges hereditär luetisches Mädchen in sehr heruntergekommenem Ernährungszustande, das mit einer symmetrischen fistulösen Knochenlues beider Vorderarmknochen zur Behandlung gelangte.

Wie das Röntgenbild (Abb. 7) zeigt, ist der Radius an der distalen Epiphyse aufgetrieben und zeigt in seiner Markhöhle eine ziemlich scharf umgrenzte zystenartige Knochenaufhellung. Eine ähnliche Auftreibung findet sich auch in der Ulna vor, die jedoch hier weiter nach der Mitte zu gelegen ist. An beiden Knochen ist das Periost aufgelockert und verdickt, wie es für die luetischen Periostitiden karakteristisch ist. Eine gleiche Ostitis und Periostitis luetica besteht auch in dem anderen Vorderarm.

Noch bemerkenswerter aber als dieser örtliche Befund ist im Hinblick auf unsere Frage die Fernwirkung, die dieser Knochenprozeß bei dem Knochenwachstum der Handwurzel und der Mittelhand ausgelöst hat. Von den Handwurzelknochen sind im Röntgenbilde nur zwei dürftige Knochenkerne des os capitatum und os hamatum zu erkennen, während von den übrigen in diesem Alter bereits entwickelten Handwurzelknochen noch nichts zu sehen ist, und an den Mittelhandknochen ist eine ausgedehnte Verwaschenheit der Knochenstruktur festzustellen, ähnlich wie man sie bei der entzündlichen Knochenatrophie beobachtet. Diese Erscheinungen sind zweifellos sekundärer Art und als Fernwirkungen des örtlich begrenzten Krankheitsherdes in der Markhöhle der Vorderarmknochen anzusprechen. Die entzündliche Hyperämie, die sich ja nicht nur auf den örtlichen Erkrankungsherd beschränkt, hat also offenbar auch noch eine deutliche Wachstumshemmung und Störung der Knochenentwicklung in den entfernteren Teilen der Hand nach sich gezogen, eine Erscheinung, die man übrigens auch bei anderen chronischen Entzündungen, z. B. bei der Tuberkulose, nicht selten beobachtet.

Wenn somit im extrauterinen Leben der spezifische Entzündungsprozeß imstande ist, Störungen und Hemmungen der Verknöcherungsvorgänge zu bewirken, wo doch bereits eine weitgehende Differenzierung des Knochens in Periost, Kortikalis und Markhöhle stattgefunden hat, so wird dies um so mehr noch in einer früheren Periode des intrauterinen Lebens der Fall sein, wo noch keine so weitgehende Differenzierung besteht. Es ist durchaus denkbar, daß ganze Zellengebiete des knorpeligen Skelettachsenstranges durch das spezifische Virus vernichtet oder wenigstens so schwer in ihrer Funktion geschädigt werden, daß ein Stillstand in der Entwicklung eintritt und eine Verkümmerung ganzer Gliedmaßenabschnitte die Folge ist. Bei einer solchen Funktionsschädigung braucht es sich keineswegs um örtlich begrenzte Prozesse zu handeln, sondern es können auch Fernwirkungen eine ursächliche Rolle spielen, wie wir es bei den eben geschilderten Befunden an der Handwurzel und an den Mittelhandknochen gesehen haben.

Derartige Schädigungen der knöchernen Entwicklung treten übrigens nicht bloß im Bereich der langen Röhrenknochen, sondern auch an den kurzen Knochen des Skeletts auf.

Als Beispiel möchte ich hierfür nur kurz noch einen Fall von angeborener Verkrümmung der Wirbelsäule anführen:

Fall IV. A. D.: $1^1/_2$ Jahr alt, hereditäre Belastung seitens des Vaters vorhanden. Wie Abb. 8 zeigt, besteht eine schwere Deformierung des Brustkorbes, der diagonal zusammengepreßt erscheint und in der linken Lendengegend scharf eingeknickt ist. Die rechte Rumpfhälfte hängt seitlich stark über den Körper hinaus und zeigt eine hochgradige Rippenbuckelbildung, während links eine starke Abflachung der Rippen be-

Digitized by Google

steht. Die Wirbelsäule beschreibt eine dreifach gewundene Skoliose mit dem Scheitel in der Höhe des 9. bis 12. Brustwirbels. Der Lendenteil der Wirbelsäule ist nach links, der Brustteil stark nach rechts und der Halsteil wieder nach links verkrümmt. Eine aufrechte Körperhaltung ist dem Kinde unmöglich, beim Sitzen sinkt es zusammen und nimmt eine völlig zusammengehockte Haltung ein, weswegen das Sitzen möglichst vermieden wird. Bemerkenswert ist weiterhin noch eine starke hydrozephalische Entwicklung des Schädels sowie eine kranzförmig behaarte, pilzförmige Hautgeschwulst von der Größe eines Fünfmarkstücks, die ihren Sitz in der Rückenhaut etwas unterhalb des Scheitels der Skoliose hat. Es handelt sich hierbei um eine Hautgeschwulst, wie man sie nicht selten bei der Spina bifida findet. Es mag dahingestellt bleiben, ob man diese Geschwulstform nicht als Endausgang und Ausheilung eines geschwürigen granulierenden Prozesses im intrauterinen Leben zu betrachten hat. Jedenfalls ist eine gewisse Ähnlichkeit mit überhäuteten, geschwulstartigen Granulationswucherungen des extrauterinen Lebens nicht von der Hand zu weisen.

Das Röntgenbild (Abb. 9) läßt erkennen, daß die Wirbelsäule an sich regelmäßig segmentiert ist. In der Gegend des 9. bis 12. Brustwirbels, des Scheitelpunktes der Skoliose, finden sich schwere Deformierungen der Wirbel, die auf hochgradige Störungen in der Entwicklungszeit hinweisen. Um einen Vergleich anzuführen, ähneln diese Wirbeldeformationen etwa den Bildern, die man nach Ausheilung schwerer entzündlicher Prozesse an der Wirbelsäule, z. B. bei einem ausgeheilten spondylitischen Gibbus zu sehen bekommt. Auf der Höhe der Konvexität des Scheitels der Skoliose finden sich verschieden große, zum Teil ineinander übergehende, unregelmäßig gestaltete Wirbelkörperknochenschatten, die der rechten Wirbelkörperhälfte angehören, während auf der Konkavität die Schatten der linken Wirbelkörperhälften äußerst dürftig entwickelt sind. Die Schatten der Dorn- und Querfortsätze, die an den übrigen Teilen der Wirbelsäule gut zu erkennen sind, sind in diesem Abschnitt äußerst schwer zu differenzieren; ebenso sind die Zwischenwirbelräume in dieser Gegend verstrichen und kaum zu erkennen und die Knochenschatten der einzelnen Wirbel gehen fast direkt ineinander über. Am fünften Lendenwirbel besteht im Röntgenbilde eine deutliche Spaltbildung, auch das Becken zeigt eine symmetrische Entwicklung. Die Rippen der Konvexität sind entsprechend der Schwere der Formveränderungen scharf geknickt und zusammengedrückt, während sie auf der Seite der Konkavität nur schwach geschweift sind und fast parallel verlaufen.

Daß der Prozeß, der zu diesen schweren Deformierungen der Wirbelsäule geführt hat, sich im extrauterinen Leben abgespielt hat, ist bei dem Alter des Kindes und nach der Anamnese mit Sicherheit auszuschließen und man muß ihn daher unbedingt in das intrauterine Leben verlegen.

Die Hypothese des Vitium primae formationis dürfte glatt abzulehnen sein, da nur beschränkte Abschnitte der Wirbelsäule betroffen sind, die Anlage der Wirbelsäule aber als an sich regelmäßig gegliedert erkennbar ist.

Ebenso unwahrscheinlich ist nach den Ausführungen von **Falk**, denen ich mich in diesem Punkte voll anschließe, die Annahme einer sog. intrauterinen Belastungsdeformität, da das Zustandekommen einer so hochgradigen Deformität allein durch rein mechanische Momente keine genügende Erklärung findet.

Vielmehr dürfte es sich auch hier, genau so wie bei den Defektbildungen der langen Skelettknochen, um entzündliche Einflüsse zur Zeit der Umwandlung der knorpeligen Wirbelsäulenanlage in die knöcherne handeln, die zu Unregelmäßigkeiten, Hemmungen und teilweiser Unterdrückung der Verknöcherungsvorgänge geführt haben. Auf einen solchen entzündlichen Prozeß in dieser Periode der Entwicklung weist m. E. auch die Hautgeschwulst unterhalb des Scheitelpunktes der Deformität hin, die sich zweifellos zur Zeit ihrer Entstehung noch im Bereich der jetzt verknöcherten Deformierung befunden hat, und deren Lage sich erst mit

Digitized by Google

dem weiteren Wachstum und der Streckung der Wirbelsäule etwas nach abwärts verschoben hat.

Beachtung verdient ferner noch der Befund eines hydrozephalisch entwickelten Schädels in diesem Falle, dessen Entstehung man von jeher schon mit spezifisch luetischen Einflüssen in Verbindung gebracht hat. Wir haben somit mehrfache Manifestationen des gleichen Entzündungsreizes vor uns, den man unter Berücksichtigung der hereditären Verhältnisse und der Lokalisation wohl mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit auf eine luetische Ursache zurückzuführen berechtigt ist.

Kurz zusammengefaßt, lassen somit die hier geschilderten Krankheitsbilder erkennen, daß bei Defektbildung innerhalb der Kontinuität eines Skelettabschnittes die Annahme einer luetischen Genese eine recht erhebliche Wahrscheinlichkeit besitzt und m. E. eine bessere Erklärung liefert als andere Hypothesen. Auch steht die Auffassung, daß bestimmte spezifische Giftstoffe im luetischen Blut die Funktionen der embryonalen Gewebszellen nach gewissen Richtungen hin hemmen und lähmen können, daß sie insbesondere am Skelettsystem die Umwandlung der knorpeligen Anlage in die knöcherne schwer schädigen und sogar vollständig verhindern können, nicht in Widerspruch mit unseren sonstigen Erfahrungen auf dem Gebiete der Pathologie. Soweit man sich aus rein klinischen Befunden ein Bild von den in Frage kommenden Verhältnissen machen kann, dürfte das Zurückführen der Entstehung dieser Defektbildungen auf die Störung eines bestimmten Entwicklungsvorganges, nämlich der Verknöcherung der im übrigen regelrechten Knorpelanlage, nicht unbegründet erscheinen, und derartige Defektbildungen erklären sich hiernach in ungezwungener Weise als Endausgänge spezifisch entzündlicher Prozesse mit irregulärer Reparation im intrauterinen Leben.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Oktober 1914.

Betrachtungen über herdförmige oder Segmentnävi, von H. G. Adamson. Im Anschluß an zwei selbst beobachtete und illustrierte Fälle kommt A. zu folgenden Schlüssen. Einseitiger, linearer Naevus verrucosus ist nicht die einzige Form von herdförmigem Nävus und kann aus anderen Hautelementen, einschließlich Pigment, Haar, Blut- und Lymphgefäßen, glatten Muskeln (Leiomyomen), Schweiß- und Talgdrüsen, zusammengesetzt sein. Herdförmiger Nävus ist nicht unbedingt immer einseitig, sondern kann symmetrisch oder unsymmetrisch zweiseitig sein. Die gemeinsamen Kennzeichen der Nävi lassen auf eine nähere Verwandtschaft zwischen diesen verschiedenen Formen derselben schließen, und es ist möglich, daß weitere histologische Untersuchungen die Wahrheit von Meissners Ansicht bestätigen werden, der in den gewöhnlichen, linienförmigen Warzennävi ein sekundäres Gebilde von Lymphangiektasien und Telangiektasien sieht.

Ein tödlich verlaufener Fall von Purpura, von Charles J. G. Taylor. Autoptisch untersuchter Fall, einen 12jährigen Knaben betreffend, wo vergeblich alle, einschließlich der diätetischen Mittel versucht worden sind.

Universeller Herpes zoster, von George Pernet. Betraf einen 80jährigen Mann, bei dem die charakteristische Bläscheneruption die linke obere Seite von Brust, Stirne, Rücken, linke Achselhöhle und Oberarm betraf. Nach 8tägigem Bestand ging der Ausschlag ohne weitere Folgen zurück.

Digitized by Google

November 1914.

Sarkom der Haut usw., sekundäre Folge eines Fußsarkoms, von J. H. Sequeira, histologischer Bericht von Hubert M. Turnbull-London. Die auf ein Sarkom des Tarsus folgenden Hautsarkome traten in großer Anzahl auf der Stirn, behaartem Kopfe und im Gesicht bei einem 41jährigen Manne auf.

Dezember 1914.

Ein Fall von Acne agminata (Crocker), von Jenkins Oliver. Aus der genauen, mit mikroskopischen Einzelheiten und sehr instruktiven Abbildungen versehenen Beschreibung des Falles, einen 31jährigen Arbeiter (Vergolder) betreffend, geht hervor, daß der Zustand von Aknitis, oder welchen Namen man dafür wählen mag, zu den sogenannten infektiösen Granulomen bis jetzt noch unbekannten Ursprungs zuzurechnen ist, die hauptsächlich die Schweißdrüsengegend der Haut betrifft und wobei die Probe auf Tuberkelbazillen negativ ausfiel.

Januar 1915.

Acne urticata und andere Formen „neurotischer Exkoriationen", von H. G. Adamson.

Über Molluscum contagiosum, von J. M. H. Macleod. Von den 8 von M. beobachteten Fällen, wovon 5 weibliche und 3 männliche Patienten betrafen, war von besonderem Interesse ein Fall bei einem 40jährigen Offizier, der die Affektion in ausgedehntem Maße an den Oberschenkeln und Geschlechtsteilen aufwies, da diese Lokalisation — sehr häufig am Kontinent — in England relativ selten sei.

Februar 1915.

Über Frostbeulen, von E. G. Fearnsides. Ausführliche Beschreibung der objektiven und subjektiven Erscheinungen und prophylaktischen Maßnahmen.

Lymphadenoma mit Hautveränderungen, von W. Knowsley Sibley. Vergrößerung aller oberflächlichen Lymphdrüsen, speziell in der Leiste, Achselhöhle und Nacken bei einem 16jährigen Knaben, der gleichzeitig seit seinem 8. Lebensjahre eine papulöse Eruption über den größten Teil des Körpers und die Beine hatte.

März 1915.

Morphoea guttata, von J. L. Bunch. Multiple Sklerodermie oder tropfenförmige Morphoea wird hauptsächlich bei weiblichen Patienten beobachtet, wie auch der vorliegende Fall ein 11jähriges Mädchen betraf. Der Name „Weißfleckenkrankheit" scheint B. unglücklich gewählt zu sein, da er gleicherweise auf manche Formen von Leukodermie, Nävi, anästhetischer Lepra und Vitiligo angewendet werden kann.

Trichotillomania, verbunden mit anderen Hauterscheinungen (Dermatitis factitia), von George Pernet.

April 1915.

Zwei Fälle von Sklerodaktylia, von F. Parkes Weber. Der eine Fall betraf die Füße, der andere die Hände und war mit allgemeiner, atrophischer Sklerodermie verbunden (bei einer 44jährigen Frau).

Bericht über einen Fall von akuter, durch Kopra-(Kokosnuß-)Staub verursachter Dermatitis, von J. M. H. Macleod.

Ein Fall von Mikrosporon tinea des behaarten Kopfes bei einem Erwachsenen, von W. J. Oliver-London.

Mai 1915.

Ulcus rodens, von Graham Little. Monographische Darstellung mit kurzer Zusammenfassung von 123 selbst beobachteten Fällen; bezüglich der Behandlung sind die neueren Methoden (Radium und Kohlensäureschnee) besonders erwähnenswert.

Juni 1915.

Unechte Erythromelalgia: Bemerkungen über nichtsyphilitische Arteriitis obliterans bei Juden, von F. Parkes Weber.

Die pemphigusartigen Eruptionen, von J. M. H. Macleod. M. versteht darunter 1. Dermatitis herpetiformis, 2. Herpes gestationis und 3. Impetigo herpetiformis; kurze Zusammenfassung sämtlicher derartigen, am Charing-Cross-Spital von 1895—1914 beobachteten Fälle, Pathogenese, Komplikationen, Diagnose und Behandlung.

Digitized by Google

Juli 1915.

Diskussion über den Vortrag von Macleod **über pemphigusartige Eruptionen.** (Dermatologische Abteilung der Royal Society of Medecine, Sitzungen vom 20. Mai und 3. Juni 1915.)

August 1915.

Mycetoma pedis, von H. C. Semon. Mit Abbildung versehener Fall dieser hauptsächlich in den Tropen, aber auch in den südlichen Ländern Europas vorkommenden Affektion.

Zwei Fälle von Schweißdrüsentumoren, von H. Alderton, histologischer Bericht von H. M. Turnbull. In dem einen Falle handelt es sich um einen Schweißdrüsennävus, in dem anderen um ein melanotisches Karzinom (am Handrücken) mit rasch wachsenden metastatischen Herden bei einem 32jährigen Manne.

September 1915.

Ein Fall von Folliculosis (Folliculitis?) Decalvans und Lichen spinulosus, von Wallace Beatty, mit einem Bericht über die mikroskopischen Befunde, von John Spears.

Paraphanylendiamendermatitis, von J. L. Bunch. Das Mittel, das bekanntlich als Haarfarbe vielfach verwendet wird und wegen seiner Giftigkeit in Deutschland schon seit 10 Jahren verboten ist, kann Hautentzündungen heftigster Art mit Ödemen, Bläschen- und Blasenbildung und starken Juckreizen hervorrufen.

Ein Fall von Riesennävus, von J. D. Rolleston. Der großenteils mit Haaren besetzte Nävus nimmt bei dem 7jährigen Mädchen fast die ganze Hautpartie vorn von den beiden Schlüsselbeinen aufwärts und dann hinab am Rücken bis unterhalb der Schulterblätter ein; daneben bestehen zahlreiche kleinere Nävi über den ganzen Körper verstreut.

Oktober 1915.

Ein Fall von akutem Lupus erythematosus, von H. W. Barber. B. führt die akute Eruption auf eine lange währende Resorption von Toxinen, die von einer abnormen Menge Streptokokken im Darme herrührten, zurück.

Eine neue Auffassung der Tuberkulide, ein Bericht über die Arbeit von Rist und Rolland.

Morphoea des Gesichts, von W. J. O'Donovan.

November 1915.

Die Beziehungen des Staphylococcus albus und des Aknebazillus zur Epidermis und die Absonderungen der Haut — mit spezieller Beziehung auf die Veränderungen bei Acne vulgaris, von T. H. C. Benians. (Fortsetzung folgt.)

Ein zweiter Fall von norwegischer Skabies, von Wallace Beatty-Dublin.

Ein Fall von Struma exophthalmicus, gefolgt von Alopecia areata, von C. E. Jenkins.

Herpes zoster mit Lähmung des Armes, von F. Parkes Weber.

Dezember 1915.

Die Beziehungen des Staphylococcus albus und des Aknebazillus zur Epidermis und die Absonderungen der Haut — mit spezieller Beziehung auf die Veränderungen bei Acne vulgaris (Schluß), von T. H. C. Benians. Bei Acne vulgaris handelt es sich demnach um Veränderungen verschiedenen Ursprungs. Oberflächliche, follikuläre Eiterung sollte durch Reinlichkeit und äußerliche Desinfektion der Haut zu vermeiden sein. Eiterung um den Komedo herum ist leicht zu behandeln und mit Staphylokokkusvakzine zu heilen. Gewisse chronische Formen von Eiterung müssen sowohl mit Akne- wie Staphylokokkenimpfstoffen behandelt werden; eine allzu günstige Prognose kann hier nicht gestellt werden, da die Bakterien lange Zeit in ihren fibrösen Umhüllungen latent liegen. Der Ursprung des Komedo ist noch unsicher; es bleibt noch zu beweisen, ob er eine lokalisierte Hyperkeratosis schützender Art darstellt oder ob er von einer Überempfindlichkeit der Gewebe herrührt.

Skleroderma guttata, von F. Silva Jones, mit einem Bericht über die Histopathologie von Hubert M. Turnbull.

M. Stern-München.

Digitized by Google

Januar bis März 1916.

Nachruf auf James Clarke White, von Malcolm Morris.

Sekundäre lichenoide Trichophytie in Verbindung mit Kerion Celsi (Lichen spinulosus trichophyticus), von C. Rasch (aus dem Dänischen übersetzt von W. Jenkins Oliver).

Zwei Fälle von Herpes zoster, verbunden mit einer allgemeinen Eruption von varizellenähnlichen Flecken; einer der Fälle gefolgt von Parese des Okulomotorius, Mydriasis und Anästhesie der Stirn. Mit einer kurzen Literaturübersicht und Bemerkungen zur Ätiologie des Herpes zoster, von F. Parkes Weber. Die sehr fleißige Literaturzusammenstellung umfaßt 58 Arbeiten.

Spezifische Überempfindlichkeit oder Allergie in Beziehung zu gewissen Eruptionen bakteriellen Ursprungs, von G. Adamson.

Vier Fälle von Sklerodermie, verbunden mit Schilddrüsenerkrankung, von J. Z. Sequeira.

April bis Juni 1916.

Nachruf auf Thomas Colcott Fox, einen der bedeutendsten englischen Dermatologen, der im 68. Lebensjahre verschieden ist.

Nachruf auf William Allan Jamieson, im 77. Lebensjahre verschieden.

Anwendung des Sprays bei der Behandlung gewisser Hautaffektionen, von W. Allan Jamieson. Die letzte Arbeit des bekannten Dermatologen, die kurz vor seinem Tode erschienen ist. Das Hauptfeld der Spraybehandlung ist der behaarte Kopf, die Anwendung der Mittel geschieht in zwei Kombinationen, in spirituösen und öligen, Euresolspiritus ist das meistangewandte Mittel.

Ein Fall von Syringoma, von S. Norman Paul, mit Bemerkungen von H. G. Adamson.

Diphtheritisches Geschwür, von J. D. Rolleston. Das Geschwür trat 32 Tage nach Beginn der Halsdiphtherie auf, und zwar am Zeige-, Mittel- und Ringfinger der linken Hand, zeigte geringe Tendenz zur Heilung, die aber schließlich noch (nach mehreren Wochen) erfolgte.

Ein Fall von Fourniers sekundärer syphilitischer Analgesie, von C. Rasch (aus dem Dänischen übersetzt von W. Jenkins Oliver).

Ein ungewöhnlicher Fall von ausgedehntem pigmentierten Haarnävus, von George Pernet. Das Mal bedeckte bei dem (1 Jahr und 7 Monate alten) Kinde vorn die halbe Brust und hinten fast den ganzen Rücken bis hinauf zum behaarten Kopf.

Juli bis September 1916.

Theorie und Praxis der Chemotherapie, von J. E. R. Mc Donagh. Ausführliche Darstellung der besonders durch deutsche Forscher ausgebauten Chemotherapie, vor allem bezüglich der Syphilisbehandlung (Ehrlichs Seitenkettentheorie). Die These, daß eine Krankheit durch Mittel, welche einfach die Sauerstoffmenge direkt oder indirekt vermehren, zu heilen ist, scheint vollständig bewiesen zu sein, und die Therapie dürfte nun einen logischen Untergruud haben, der Empirismus aber ausgeschalten sein. Die Theorie der Oxydation und Reduktion hat nicht nur direkt die Art der Chemotherapie, sondern auch indirekt jene der Immunität erklärt, mit dem Resultat, daß das Wesen der Färbemethoden, der Immunitätsreaktionen und der Anaphylaxie nun geklärt ist. Anschließend an diesen Vortrag fand eine umfangreiche Diskussion über das Thema in der Royal Society of medecine (Sitzung vom 13. April 1916) statt.

Oktober bis Dezember 1916.

Livedo reticularis, von H. G. Adamson. Mit sehr guten Abbildungen verbundene Beschreibung einiger Fälle nebst pathologisch-anatomischen Untersuchungsergebnissen.

Radiumbehandlung des Lupus vulgaris (aus Finsens Lichtinstitut, Kopenhagen [Direktor: Axel Reyn]), von Paul Haslund, erstem Assistenten des Instituts. Nachdem die Behandlung mit Finsenlicht viel rascher zu Besserung oder Heilung führte und auch das kosmetische Resultat mit Radium, womit oft Atrophie der Haut und entstellende Gefäßerweiterungen verbunden waren, ein viel weniger befriedigendes war, erklärt H., die Radiumbehandlung sei minderwertiger als unsere anderen Behandlungsmethoden — Finsenlicht, wenn nötig, verbunden mit Röntgenstrahlen, und allgemeine Bogenlichtbäder, deren Wert H. in den letzten Jahren besonders schätzen gelernt hat. In ganz speziellen Fällen mit Perioden völligen Stillstands kann man ja schließlich Radium noch versuchen.

Digitized by Google

Drei Fälle von sogenanntem multiplen, idiopathischen, hämorrhagischen Sarkoma (Kaposi), von F. Parkes Weber. Mit einigen sehr guten Abbildungen, auch über den mikroskopischen Befund, versehen.

Über einen Fall von Erythema serpens durch Beschäftigung mit Fischen, von George Pernet. Patientin bekam nach einer leichten Verletzung am linken Daumenballen einen erysipelähnlichen Ausschlag an der ganzen Innenfläche der Hand und einigen Fingern, der über 14 Tage anhielt; P. möchte dies Erythema sowohl serpens wie saltans nennen.

Zwei Fälle von akuter Streptokokkennekrose der Haut und des subkutanen Gewebes, von Henry Mac Cormac. In beiden Fällen nahm die Krankheit ihren Ausgang von vorher ganz gesunden Hautstellen, und das Bemerkenswerteste waren die Raschheit, mit welcher die Gewebezerstörung vor sich ging, und die Tiefe, bis zu welcher dieselbe sich ausdehnte.

Nachruf auf Albert Neisser (1854—1916).

Januar bis März 1917.

Die Eigenschaften des Tetryls, soweit sie den menschlichen Körper betreffen können, von Lucy Cripps.

Forschungen über die Ursache und Verhütung der gewerblichen, durch Tetryl verursachten Krankheiten, von William L. Ruxton.

Ein Fall von knotiger Bromeruption bei einem Brustkinde, von E. H. Moleswirth und A. Whitfield.

Ein Fall von Tinea tonsurans (Mikrosporon) bei einem Erwachsenen, von W. Jenkins Oliver.

Ein Fall von Leukozythämie der Haut, von H. Batty Shaw und D. Loughlin.

Ein Fall von Lymphadenoma mit Hautveränderungen, von Dudley Corbett. Die letzteren drei, ebenso wie der Fall von Bromeruption sind mit vorzüglichen Abbildungen ausgestattet.

April bis Juni 1917.

Ein Fall von multiplem ulzerierendem Basalzellenepithelioma mit zonenförmiger Verteilung und möglicherweise von Schweißdrüsen ausgehend, von H. G. Adamson.

Einige neue Erfahrungen mit reinem Kohlenteer (Pix carbonis praeparata), von H. C. Semon. Eine Mischung von Pix carbonis, Azeton und Collodium elasticum wurde von S. in einer großen Anzahl Fälle von Skabies, Seborrhoea, Psoriasis, Ekzema marginatum mit großem Erfolg angewandt. Ein besonderer Vorteil der Methode liegt in der Annehmlichkeit, keinen Verband zu benötigen und Wäsche zu sparen. Auf eitrige Oberflächen darf die Lösung nie aufgetragen werden.

Die Wirkung und Rolle der Kolloide in der Chemotherapie, von J. E. K. Mc Donagh. Es werden kolloidales Jod, Eisen, Quecksilber, Silber und Schwefel besprochen.

Behandlung der Skabies mit Schwefeldämpfen, von John Bruce.

Ein Fall von blennorrhoischer Keratosis, von Herbert Brown und H. Hargreaves. Mit Abbildung versehen.

Morphoea-Sklerodermia der Haut über den Schienbeinen, verbunden mit Osteitis deformans, von George Pernet.

Juli bis September 1917.

Hautkrankheiten und deren Behandlung unter den Kriegsverhältnissen, von Henry Mac Cormac.

Pyodermie parasitären Ursprungs, von H. C. Semon und H. W. Barber. Es werden hauptsächlich die durch Skabies und Pedikulosis bedingten eitrigen Hautveränderungen besprochen.

Ein bemerkenswerter Fall von Xanthoma tuberosum multiplex, von Parkes Weber.

Oktober bis Dezember 1917.

Eine klinische Studie einiger pyogener, in Frankreich beobachteter Hautveränderungen, von W. H. Brown.

Einseitige atrophische Streifen (Striae cutis distensae) der Brustwand, von F. Parkes Weber.

Digitized by Google

Kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie, von W. Herbert Brown. Bei dem 31jähr. Mann waren vor allem Brust, obere Bauchhälfte, Ober- und Unterextremitäten von der eigentümlichen Hautkrankheit — durch sehr gute Abbildungen illustriert — befallen.

Ein Fall von syphilitischer Hauteruption, die durch Einnahme von Bromkali zum Ausbruch kam, von Arthur Whitfield. Die 38jähr. Pat. hatte wegen Schlaflosigkeit große Dosen (30 g pro Tag) Bromkali genommen, es stellte sich ein papulös-pustulöser Ausschlag im Gesicht ein, der nach Aussetzen des Medikaments zwar zurückging, aber nicht völlig verschwand. Nach einiger Zeit trat der Ausschlag in noch stärkerem Maße auf, die Papeln waren infiltriert, teilweise abschuppend u. a. m. Wassermann ausgesprochen positiv.

Ein Fall von Sporotrichosis, von Wallace Beatty. Lymphangitische Form von Sporotrichosis, die als einzige bis jetzt in Irland beobachtete mit einer Art „sporotrichosem Schanker" begann.

Januar bis März 1918.

Über einige neue Untersuchungen über die Natur und Bildung von Pigment, von Arthur Whitfield. Bericht über die in Bd. 124, H. 2, des Arch. f. Derm. enthaltenen Arbeiten von Bruno Bloch und W. Lutz.

Ein Fall von raschverlaufender Mykosis (Granuloma) fungoides, von F. Parkes Weber. Bei der 53jähr. Frau hatte die Krankheit, die vor allem Brust und Rücken befiel und schließlich in septisches Fieber überging, die kurze Dauer von etwa drei Monaten. Arsenik blieb ohne Einfluß, Jodkali schien eher den Zustand zu verschlimmern. Wassermann war schwach positiv wie häufig bei Mykosis fungoides, trotzdem hält Verf. die Affektion für keine syphilitische.

Ein Fall von Pruritus bei Hodgkinscher Krankheit — Lymphogranulomatosis pruriginosa, von F. Parkes Weber und P. W. Dove.

Ein Fall von Hauttuberkulose, auf Tätowierung folgend, von S. E. Dove.

Hereditäre Angiome (Telangiektasien) mit Epistaxis, von S. Norman Paul.

April bis Juni 1918.

Behandlung einiger Hautkrankheiten, begründet auf der Oxydations- und Reduktionstheorie, von J. E. R. Mc Donagh. Nach Verf. Ansicht sind einige der Hautkrankheiten unbekannter Ätiologie auf chemisch-physikalische Ursachen zurückzuführen; von diesen kann ein Hautausschlag sowohl direkt als indirekt dadurch, daß die Haut für Mikroorganismen weniger resistent gemacht wird, hervorgerufen werden. Arsenik und andere chemische Gifte, welche das Blut zu sauer machen, führen zu einem Zustand der Haut, wodurch nicht direkt eine Dermatitis hervorgerufen, sondern indirekt des Patienten Widerstandsfähigkeit gegen Mikroorganismen, die Seborrhoea und seborrhoisches Ekzem erzeugen, vermindert wird. Hautkrankheiten, welche durch vermehrte Säure des Blutes hervorgerufen werden, sollten verschwinden, wenn das Blut wieder mehr alkalisch gemacht wird. Als wirkungsvollstes Mittel erwies sich nun zu diesem Zweck das Intramin, ein Schwefelprodukt, das Verf. in zahlreichen Fällen von seborrhoischen Ekzem, chronischem Ekzem, Impetigo, Furunkeln, aber auch mit großem Erfolg bei Quecksilberstomatitis angewandt hat. Intramin, intramuskulär injiziert, ist schmerzhaft, aber hinterläßt keine Induration; es ist weniger schmerzhaft, wenn es vorher mit Natron (eine 5 ccm enthaltende Ampulle erfordert vier Tropfen einer 4%igen Natronlaugelösung) neutralisiert wird. Die therapeutische Wirkung von Intramin ist bei intravenösen Injektionen eine geringere, aber es ist hierbei schmerzlos. Es gibt ein Intramin I und II, welche gemischt werden und wovon 1—5 ccm injiziert werden (intramuskulär). Die Wirkung des Intramins kann erhöht werden durch kolloidales Jod, das die Merkaptangruppe wieder in Disulphidprotein, welches das reduzierende Ferment oder Reduktase darstellt, verwandelt. (Die genaue chemische Zusammensetzung des Intramin genannten Schwefelprodukts ist aus der Arbeit nicht zu entnehmen. Ref.)

Über multiple kleine Angiome: Angiokeratoma und multiple Telangiektasien, von H. G. Adamson.

Kongenitaler, einseitiger Nävus (Naevus unius lateris) von der Struktur eines Angiokeratoms mit lokalisierten hyperkeratotischen Auswüchsen auf kongenitaler teleangiektatischer Basis, von F. Parkes Weber.

Eine Leprakolonie an den Grenzen von Abessinien, von Arthur Innes. Die Kolonie ist die einzige Lepraansiedlung im Sudan bzw. in Nordafrika, obwohl die Krank-

Digitized by Google

heit in und um Omdurman sehr verbreitet ist und sporadische Fälle über das ganze Land verbreitet sind, liegt zehn Meilen von der abessinischen Grenze (Gallabat) entfernt und hat die Bezeichnung Ras-el-Fil. Kurze Beschreibung der Fälle, der Art und Dauer (im Durchschnitt sechs Jahre) des dortigen Aufenthalts, mikroskopische Befunde.

Juli bis September 1918.

Punktförmige Keratosis der Hände und Fußsohlen; zwei Fälle bei Verwandtschaftsehe vorkommend, von H. G. Adamson. Es handelt sich in den beiden Fällen um ein Ehepaar, die als Geschwisterkinder geheiratet hatten und wo die beiden Fälle der an sich seltenen Hautaffektion eine ganz merkwürdige Ähnlichkeit zeigten.

Ein Fall von multiplem, gutartigem Basalzellenepithelioma des Kopfes, mit einigen Bemerkungen über die Tumoren des Kopfes, gewöhnlich Endothelioma capitis und Sarkoma capitis benannt, von H. G. Adamson.

Beingeschwüre, fälschlicherweise variköse genannt: eine klinische Übersicht, von R. Prossen White. Neben Venenerweiterung und Syphilis ist nach Wh.s Erfahrung (Zusammenstellung von 69 Fällen, wovon 14 männliche und 55 weibliche Pat. betrafen) die Phlegmasia alba dolens, welche so häufig Frauen nach Entbindungen befällt, eine sehr häufige Ursache der Beingeschwüre, und sekundäre Infektionen spielen (Strepto- und Staphylokokken) hierbei eine weitere Rolle. Peinliche Reinlichkeit, antiseptische Mittel und bei „Phlegmasiegeschwüren" häufige, sachte Massage sind die wichtigsten Behandlungsmethoden. Als bestes antiseptisches Verbandwasser erwies sich bei ausgedehnten, übelriechenden Geschwüren Wh. das Alibourwasser (Zinc. sulfur. 7,0, Cupr. sulfur. 2,0, Camphora und Saffran aa 50,0, Aqu. 300,0), mit 3—5 Teilen gekochten Wasser verdünnt anzuwenden.

Oktober bis Dezember 1918.

Ein Fall von Porokeratosis, von H. Mac Cormac und C. de Pellier.

Ein Fall von hyperkeratotischem linearem Nävus, mit einigen Bemerkungen über dessen mikroskopische Striktur, von J. Darier-Paris und H. C. Semon. Der Fall wurde von Semon beobachtet, mikroskopisch untersucht, und die Schnitte wurden Darier zur Begutachtung übersandt, der die Diagnose bestätigte und wegen der vorhandenen Akantholysis folgende Bezeichnung vorschlägt: ichthyosiforme Hyperkeratose partieller Art mit linearnävusartiger Verteilung und akantholytischer Struktur.

Ein ungewöhnlich ausgebreiteter Fall von symmetrischen Keratoderma, von G. Vilvandré. Der Fall betraf Hände, Vorderarme, Füße und Kniegelenke bei einem 5jähr. Mädchen, das gesund zur Welt kam und bald nach der Geburt von dem Leiden befallen wurde (durch Abbildungen, ebenso wie die vorhergehenden Fälle, vortrefflich illustriert).

Weißfleckenkrankheit und Vitiligo, von J. L. Bunch. Im Anschluß an einen ungewöhnlichen Fall von Vitiligo bei einem 12jähr. Mädchen genauer mikroskopischer Befund.

Eine historische Note über die Nissen der Körperlaus, von George Pernet.

Januar bis März 1919.

Vitiligo und deren Beziehung zu erworbener oder ererbter Syphilis, von W. H. Brown, Dujardin und van Haecke. Bei den regelmäßigen Zusammenkünften englischer, französischer und belgischer Militärärzte ward auch obiges Thema besprochen, und die 3 Berichterstatter kamen zu folgenden Schlüssen. Wenn Vitiligo bei Erwachsenen sich einstellt, ist gleichzeitig Syphilis vorhanden, und zwar gewöhnlich eine milde meningeale Form derselben. Entwickelt sich Vitiligo im Kindesalter, so ist sie mit Symptomen verbunden, die auf eine gutartige Form vererbter Syphilis zurückzuführen sind, während die klassischen Zeichen selten sind. Wenn es auch nicht möglich ist, mit Sicherheit zu behaupten, daß die Beziehung zwischen Syphilis und Vitiligo eine von Ursache und Wirkung ist, so wird nach der Verfasser Ansicht ein tieferes Studium der Fälle sicher dazu beitragen, diese Hypothese zu festigen. Ein besonders merkwürdiger Fall betraf ein junges Mädchen mit ererbter Syphilis, die an Vitiligo und Struma mit Exophthalmus litt und mit „606" außerordentliche Besserung all dieser Erscheinungen aufwies.

Die Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis, von Charles F. White und Hugh Barber. Es wurden untersucht 1. primäre (7), 2. sekundärsyphilitische (71) Fälle,

Digitized by Google

3. rekurrierende Sekundärfälle (26) nach Salvarsanbehandlung, 4. Tertiärfälle (79) ohne Nervenerscheinungen, 5. latente Syphilis (37 Fälle), 6. solche mit frühzeitig (11) und 7. mit spät auftretenden Nervenveränderungen (17 Fälle), 8. kongenitale Syphilis (3) und 9. Fälle mit zweifelhafter oder völlig auszuschließender Syphilis. Die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis erstreckte sich nicht nur auf die Wassermannsche Probe, sondern auch auf die Zahl der Zellen, das Globulin, Druck u. a. m., ebenso auf die Wirkung der Behandlung (besonders nach Salvarsan).

Über einen Fall von multiplem, pigmentiertem, idiopathischem Sarkoma (Kaposi), von E. F. Skinner. S. schließt aus seinen Beobachtungen, daß das sogenannte Sarkoma Kaposi kein wirkliches Sarkom, sondern eher das Resultat einer entzündlichen Reaktion und von der Natur eines Granulomas ist. Die Prognose ist daher keine absolut schlechte, als Behandlungsmittel die Röntgentherapie die einzig wirksame. Die Ursache der Entzündung (des Granuloms) ist wahrscheinlich irgend ein Zirkulationsgift von sehr geringer Virulenz.

April bis Juni 1919.

Über den gegenwärtigen Stand der Heilimpfung, von H. G. Adamson.

Impftherapie bei Hautkrankheiten, von Arthur Whitfield.

Impftherapie bei Hautkrankheiten, von J. H. Sequeira und G. T. Western.

Vakzinen bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von J. M. H. Macleod und W. C. Topley. Die Vakzinebehandlung wurde hauptsächlich bei „Staphylokokken"-affektionen, wie Furunkulose, aber auch bei einigen durch Streptokokken verursachten Infektionen, wie Impetigo bullosa, Acne vulgaris, und verschiedenen Formen von Hauttuberkulose angewendet. Im allgemeinen geht aus allen 4 Arbeiten hervor, daß nur Furunkulose in einwandfreier Weise durch die Vakzinebehandlung günstig beeinflußt wird. Von anderen Hautaffektionen ist es vor allem Sykosis, die in keiner Weise Erfolge mit (Staphylokokken-)Heilserum aufwies. Von gonorrhoischen Infektionen sahen Sequeira und Western bedeutende Besserung der Keratodermia durch Gonokokkenvakzine, von tuberkulösen Macleod und Topley bei Lupus vulgaris zuweilen durch Tuberkulin, wenn dasselbe auch ziemlich gefährlich ist, indem es geschlossene Lungenherde zum Aufflackern bringen kann.

Akute Striae atrophicae, auf Influenzapneumonie folgend, von E. A. Cockayne. Es waren nur 3 unter Hunderten von Fällen von Influenzapneumonie, wo dieser eigentümliche Hautzustand sich einstellte, und zwar ausschließlich bei 18—19jährigen jungen Männern, wo die Krankheit sehr schwer und langen Verlaufes war.

Ein Fall von papulo-nekrotischem Tuberkulid, von J. F. Smith. Betraf einen 30jährigen Patienten, saß auf der Stirn, stellenweise in den behaarten Kopf übergreifend, hauptsächlich aber an Schultern und Rücken und ward lange Zeit als Ekzema, Akne und Impetigo behandelt.

Juli bis September 1919.

Die Komplementfixationsprobe bei Syphilis, von C. H. Browning und E. L. Kennaway. Einige Beispiele für die Wichtigkeit der Wassermannschen Blutuntersuchung und genauere Beschreibung derselben.

Lupus erythematosus: eine einfache Behandlungsmethode, von William D. D. Small. Die Methode ist sowohl im Gesicht, an behaartem Kopf, Ohren oder Händen anwendbar, besonders aber für letztere geeignet und besteht darin, daß der affizierte Teil mit Äther gewaschen und zum Trocknen gebracht, dann eine Karbol-Milchsäure-Mischung (1 : 4) mittels Glasstabs fest darauf verrieben wird; in 2—3 Minuten ist sie eingetrocknet. In einigen Tagen folgt eine gewisse Abschuppung, dann wird das Mittel neu aufgetragen, was aber frühestens nach einer Woche und auch erst später geschehen darf. Je älter der Fall, um so häufiger die Applikation des Mittels. Dasselbe ruft keine oder nur geringe Schmerzen hervor und erzielt nahezu ideale kosmetische Resultate.

Zirkuläres Beingeschwür, durch Bromeinnahme verursacht, von E. Ward.

Oktober bis Dezember 1919.

Über Schambergs spezielle progressive Pigmentkrankheit der Haut, von H. G. Adamson. Die charakteristischen Merkmale dieser Hautkrankheit sind das Auftreten von Gruppen kleiner, rotbrauner Flecken oder Punkte, welche unterhalb und um die Knie, manchmal auch oberhalb derselben und an Armen und Handgelenken auftreten und allmählich zu braunen Flecken oder Herden verschmelzen. Die Eruption ist

Digitized by Google

eine allmählich fortschreitende und ausschließlich bei Männern vorkommend. Bis jetzt sind insgesamt 12 Fälle dieser Art veröffentlicht worden.

Ein Fall von Lupus erythematosus, verbunden mit Streptokokkeninfektion der Tonsillen, von H. W. Barber. B. schien es unzweifelhaft, daß in dem vorliegenden Falle, ein 25jähriges Mädchen betreffend, die Tonsillenaffektion für das Hautleiden die Ursache abgab, da mit Abheilung der ersteren auch die des letzteren Hand in Hand ging, ohne daß irgend welche lokale Mittel hierfür in Anwendung kamen.

Januar 1920.

Drei Fälle von Lichen planus bei Kindern, von H. G. Adamson. Bei keinem dieser Fälle, Kinder im Alter von 2, $3^1/_2$ und 8 Jahren betreffend, war irgend eine besondere Krankheit vorhanden und auch während der Dauer des Hautleidens das Allgemeinbefinden ein gutes. Diese Fälle sprechen gegen die übliche Ansicht, daß nervöse Erschöpfung (infolge von Überarbeitung) ein hauptsächlicher ätiologischer Faktor bei Lichen planus sei; psychische Einflüsse und Überanstrengung finden sich zwar anamnestisch in den meisten Fällen von Lichen, und irgend eine Art von „Ruhekur" ist das Geeignetste bei der Behandlung desselben, aber obige Fälle mahnen doch daran, daß wir mit dem „nervösen Ursprung" dieses Hautleidens als genügender Erklärung für die Ätiologie uns nicht zufrieden geben dürfen.

Bemerkungen über eine Epidemie von Alopezia, von W. J. Rutherfurd. R. beobachtete im Jahre 1918 während des Rückzuges der Deutschen in den Gebieten, welche diese 4 Jahre lang besetzt gehalten hatten, bei den Bewohnern dieser Gebiete eine Anzahl (23) Fälle von Haarverlust, und zwar hiervon nur 1 bei einem männlichen und alle übrigen bei weiblichen Patienten. Das Alter derselben war hauptsächlich zwischen 15 und 22, betraf aber auch 8- und 52jährige. Als gemeinsame Ursache für all diese Fälle, wovon manche ausgedehnten Haarausfall zeigten, sind vorhergehende Erschöpfungszustände, akute Krankheiten, wie Pneumonia, Influenza, und vor allem die Not und das Elend, welche die deutsche Besetzung mit sich brachte, angeführt. Kurze Beschreibung der einzelnen Fälle.

Februar 1920.

Frühzeitige Nervensyphilis nach Arsenobenzol, von J. E. R. Mc Donagh. Verf. ist überzeugt, daß Nervensyphilis in hohem Maße seit der Einführung des Arsenobenzols (und Salvarsans) zugenommen hat. Die am frühesten vorkommenden nervösen Erscheinungen sind Lähmung (Paresis) des Fazialis, welche nach der ersten, zweiten oder dritten Injektion vorkommen kann, hämorrhagische Enzephalitis (nach der zweiten bis dritten Injektion), die sich zuerst durch Zittern und Schwäche an einer oder mehreren Extremitäten kundgibt und nach einem vorübergehenden Status epilepticus gewöhnlich am dritten Tage nach der Injektion tödlich endet. Eine andere klinische Varietät sind die (erst einen Monat nach der Injektion oder) später vorkommenden Fälle von Enzephalitis, von Hemiplegie und Paraplegie, die selten tödlich enden. All diese Fälle glaubt D. primär auf die toxische Wirkung des Arseniks auf das Endothel der Gefäße zurückführen zu müssen. Prophylaktisch empfiehlt er folgende Maßnahmen, mit welchen vor allem Meningitis auf ein ganz geringes Maß beschränkt werden konnte: 1. 2—3 Injektionen Intramin im Verlaufe der Arsenobenzolkur einzuschalten, da Intramin Metallvergiftung verhindert, 2. gleichzeitige Quecksilber- mit Arsenobenzolkur zu vermeiden und 3. jeden Fall von Syphilis 2 Jahre lang intermittierend nach den Arsenobenzol- und Intramininjektionen mit Quecksilber, Intramin und kolloidalem Jod zu behandeln. Seit 1915 erlebte D. bei so behandelten Fällen nur einmal Meningitis, während bei den nicht so behandelten über 150 meningeale Komplikationen vorkamen. Was die Therapie der frühzeitigen Enzephalitis betrifft, so sollten vorerst Adrenalin- und Pituitrininjektionen verordnet werden, um Kontraktion der übermäßig dilatierten Gefäße zu bewirken und so die Folgen der reaktiven Entzündung zu verringern. 100—300 ccm kolloidalen Jods sollten sodann intravenös und einige Stunden später die Höchstdosis Arsenobenzol injiziert werden, Lumbalpunktion $1—1^1/_2$ Stunden nach jeder intravenösen Injektion ausgeführt, diese Behandlung auch nach Genesung noch lange fortgesetzt werden und besonders reichlich kolloidales Jod und Intramin verordnet werden. Fälle von Meningitis, die unbehandelt bleiben, gehen meist in unheilbare, nicht selten tödlich endende Meningoenzephalitis und Meningomyelitis über. Im allgemeinen liegt nach Verfassers Ansicht die große Gefahr der gegenwärtigen Syphilisbehandlung darin, daß 1. zu viel metallische Mittel und 2. zu wenig Nachbehandlungen gegeben werden; bis nicht eine radikale

Digitized by Google

Änderung der Behandlung in diesem Sinne erfolgt, müssen wir auf stets zunehmende Anzahl der Fälle frühzeitiger Nervensyphilis gefaßt sein.

Ein Fall von tumorähnlichem Schanker am Oberschenkel, von M. H. Gray. Dieser seltene Fall von extragenitalem Schanker — Fournier sah von 1124 extragenitalen Schankern 14, Bulkley von 8968 nur 78 an den Unterextremitäten — betraf ein 20jähriges Mädchen und hatte 2 Monate lang ohne irgend welche Lokalbeschwerden bestanden; der Schanker maß 4,5 : 3,75 cm im Durchmesser und erhob sich 6—7 mm über die Haut. Die Diagnose ist durch den charakteristischen harten Rand, die geringe Absonderung und den Nachweis der Spirochäten ermöglicht. M. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe.

c. Therapie.

Zur intravenösen Kollargolbehandlung der kindlichen Vulvovaginitis blennorrhoica, von cand. med. Adolf Vollbrandt. (M. m. W., 1919, Nr. 29.) An der Universitätskinderklinik in Freiburg i. Br. hat man dem Studenten Vollbrandt eine Veröffentlichung über drei (!) Fälle von Vulvovaginitis blennorrhoica kleiner Mädchen, die nach dem Menzischen Verfahren behandelt worden waren, gestattet. Einführungsort war die Ohrvene. In keinem Falle trat bleibende Heilung ein; doch wurde bei zwei Kindern zeitweises Verschwinden der Gonokokken nachgewiesen, einmal 2 Tage nach der 1., einmal 2 Tage nach der 2. Einspritzung. Im dritten Falle ist auch nach 6maligen Einspritzungen keinerlei Erfolg zu beobachten gewesen. Da zwei Kinder in jammervollem Ernährungszustand, „hypotrophisch, greisenhaft, skelettiert" waren, antworteten sie auf die Einspritzungen natürlich nicht mit Fieber, das dritte hatte wohl Fieber, aber gleichzeitig auch eine Otitis media. Es wurde daher vom Verf. festgestellt, daß sich eine mit Sicherheit auf Kollargol zu beziehende Temperatursteigerung nicht gezeigt hat. Ebenso war natürlich auch der Einfluß auf die Leukozytenzahl nicht eindeutig. Schädigung des Allgemeinbefindens wurde nicht beobachtet, sondern vielmehr die (übrigens nicht von Menzi, sondern schon viel früher von Junghans entdeckte) Besserung des Allgemeinbefindens. (Nach der Anschauung des Referenten würde die Rücksicht auf Leser, Referent, spätere Arbeiten und Papiernot den Wunsch berechtigt erscheinen lassen, nicht Arbeiten zu veröffentlichen, die auf ein quantitativ und qualitativ so völlig ungenügendes Material gestützt sind. Ref.) v. Notthafft-München.

Methylenblausilber (Argochrom) als Antiblennorrhoikum beim Weibe, von Hans Bab. (M. m. W., 1919, Nr. 22.) Methylenblausilber (Argochrom) von Merck in Darmstadt hat hervorragende keimtötende Eigenschaften, die auf die Silberkomponente zurückzuführen sind. Das Methylenblau von bekannter vorzüglicher Tiefenwirkung dient dabei als Schiene (vgl. Kaviblen, Ref.). Bab verwendet das Mittel gleichzeitig endovenös und lokal. Jeden 4.—5. Tag sollen 5 ccm erwärmter 1%iger Lösung in die Kubitalvene injiziert werden. Gelegentliche Nebenwirkungen sind: große Müdigkeit, Schläfrigkeit und Flimmern vor den Augen. Bei paravaskulärer Injektion treten (nicht sehr bedeutende) Infiltrationen auf. Zur Ergänzung kann es in Geloduratkapseln per os genommen werden. Örtlich werden täglich Instillationen der Urethra, Auswischungen der Zervix und Vaginaltampons mit 2%iger Lösung angewendet. Die Blaufärbung der Umgebung wirkt störend. Das Beobachtungsmaterial ist bisher noch gering. Doch läßt das mehrfach beobachtete rasche und endgültige Schwinden der Gonokokken eine günstige Voraussage für die Wirksamkeit des Mittels zu. v. Notthafft-München.

Vakzinebehandlung auch der akuten Blennorrhoe, von Baril und Creuze. (Presse méd., 8. März 1919.) Die Verff. haben ein Präparat hergestellt, welches neben abgeschwächten Gonokokken auch verschiedene andere Aerobier und Anaerobier enthält, mit Berücksichtigung der Tatsache, daß im Laufe der Blennorrhoe überhaupt wohl auch andere Mikroben außer dem Gonokokkus Neisser sich beteiligen. Sie machen von vornherein intraglutäale Injektionen und beobachten dabei, daß nach den ersten zwei Injektionen eine negative Phase sich äußert in leichten Temperaturerhöhungen, Kopfschmerz und Ziehen in den Gliedern. Nach der 4. und 5. Injektion wird der Ausfluß flüssig, um — nach durchschnittlich 15—20 Tagen — schleimig-eitrig zu werden. Innerhalb

Digitized by Google

dieser Zeit beobachtet man alle Phasen des Ausflusses: anfangs reichlich intrazelluläre, allmählich extrazelluläre Gonokokken, hiernach Beimengung von Streptokokken, Staphylokokken und Bazillen. Zu dieser Behandlung sollen erst vom 6.—10. Tage Auswaschungen treten, für die vordere wie hintere Urethra mit Kal. permang. in den üblichen Lösungen, sowie Hg-Oxyzyanat (1 : 8000 bis 1 : 6000), welche beiden Mittel den Gonokokkus und andere Anaerobier durch Oxydation vernichten. Dieselbe Behandlung bei der akuten weiblichen Blennorrhoe sowie bei der chronischen. Immer soll die Behandlung allein mit der Vakzine beginnen, zu welcher erst nach der 6. Injektion die obigen Waschungen kommen. Den Abschluß bilden die Adstringentien. Lokale anatomische Veränderungen bedürfen der üblichen lokalen Behandlung (Sonde, Endoskop, Massage usw.). NB. Mit Recht erinnern die Verff., daß bei Individuen mit lymphatischem Habitus bzw. mit hereditär-tuberkulöser Belastung die Blennorrhoe sich durch eine besondere Hartnäckigkeit auszeichnet. Guyon hatte bekanntlich den Satz aufgestellt: La blennorrhagie c'est la pierre de touche de la santé de l'individu atteint. Auch bei Neurasthenikern ist die Blennorrhoe besonders langwierig und zu Komplikationen geneigt. Ebenso bestätigen zahlreiche Beobachter den Übergang von Blennorrhoe zur Tuberkulose der Harnwege zumal bei weiblichen Kranken, und man soll bei Frauen mit Neigung zu Blasenkatarrhen nicht bloß nach Gonokokken, sondern auch nach Tuberkelbazillen fahnden. Wolff-Wiesbaden.

Die Behandlung der Blennorrhoe. Komplikationen der Blennorrhoe. (Aus einer Artikelserie über Geschlechtskrankheiten mit besonderer Rücksicht auf die militärärztliche Praxis.) (J. Am. m. Assoc., 1917, Bd. 69, Nr. 14 u. 15.) Zusammenfassende Darstellung des Verlaufs und der Behandlung des Trippers und seiner Komplikationen, die nichts Neues bringt. Im Prinzip wird Hospitalbehandlung, im akuten Stadium und bei Komplikationen Bettruhe empfohlen. Vermißt wird die Erwähnung der Abortivbehandlung, zu der gerade beim Militär bessere Gelegenheit gegeben ist als in der Privatpraxis. E. Levin-Berlin.

Abortive Chemotherapie akuter Ophthalmoblennorrhoen (Bemerkungen zur Arbeit von Paul v. Szily und Hugo Stransky [M. m. W., Nr. 2]), von Friedrich Luithlen-Wien. (M. m. W., 1919, Nr. 16.) Injektionen von 30%iger Kochsalzlösung bei blennorrhoischen Komplikationen waren schmerzhaft, gaben aber keine ermutigenden Resultate. Die empfohlene Methode wirke durch körpereigenes Eiweiß, das in den Entzündungsherden der Injektionsstellen entstünde und resorbiert werde. Sie könne daher ebenso wie die Milch- und Terpentinölinjektionen die Vakzinetherapie nicht ersetzen, da sie der spezifisch wirkenden Komponente entbehre.
v. Notthafft-München.

Die Behandlung des Trippers der Weiber mit intramuskulären Injektionen von Kochsalzchlorkalziumlösung nach v. Szily und Stransky, von W. Schönfeld-Würzburg. (M. m. W., 1919, Nr. 32.) Eine günstige Beeinflussung des weiblichen Trippers trat zwar in 16,6% ein, doch sind die Nebenwirkungen (Schmerzen, Infiltrate, Abszesse) so bedeutend, daß die Methode sich nicht einbürgern wird.
v. Notthafft-München.

Zur Behandlung der Blennorrhoe bei Frauen, von Hans Albrecht und Sophie Funk. (M. m. W., 1919, Nr. 27.) Die chronische Blennorrhoe des Weibes muß im Gegensatz zur akuten möglichst energisch behandelt werden. Hierzu diente den Verff. die Vereinigung nachdrücklicher örtlicher Behandlung mit gleichzeitiger verschiedenartiger Provokationsbehandlung. Erstere besteht in 2mal täglicher desinfizierender Scheidenspülung, Ätzung des Zervikalkanals mit 5—10%iger $AgNO_3$-Lösung oder 10%igem Formalin mit folgender Einführung eines 10%igen wasserlöslichen Protargolstäbchens, Ausstopfung der Scheide mit Silbergaze und Berieselung der Harnröhre mit Silberlösung oder Einführung 2—5%iger wasserlöslicher Protargolbougies. Keine Lokalbehandlung des Gebärmutterkörpers. Die Heilung erfolgt in 5—6 Monaten („klinische" Heilung). (Von 18 Kranken die ausgehalten haben, konnten 16 geheilt entlassen werden.) Da von den Kranken mehr als die Hälfte aus der Behandlung fortgeblieben sind, wird folgende ambulatorische Behandlungsart vorgeschlagen: 1. Uterusblennorrhoe: durch die Kranken täglich 1—2mal Spülung der Scheide mit 30—50%iger Chlorzinklösung, abends heißes Sitzbad. Durch den Arzt 1—2mal Scheidenbad mit $AgNO_3$ 1 : 5000—100 mittels Tupfern. Dann Behandlung des Zervikalkanals. Zuletzt Einschütten von 1%igem Choleval- (10%igem Lenikat-) Bolus in die Vagina. 2. Urethralblennorrhoe: Spülungen und Stäbchen. 3. Vakzinebehandlung: alle drei Tage intramuskulär Gonokokkenvakzine, beginnend mit 20 Millionen, bei jeder Einspritzung steigend um 50 Millionen bis zu 800

Digitized by Google

(der Temperaturanstieg soll jedesmal nicht mehr und nicht weniger als 1° betragen). Daneben Provokationen mit Lupol und H_2O_2. Die Verff. glauben, daß sie die Weiber durch Belehrung und Bedrohen mit Anzeige bei der Beratungsstelle zu einem fünfmonatlichen täglich 1—2maligen Erscheinen beim Arzt, zur täglich 2maligen Selbstbehandlung und zur geschlechtlichen Enthaltsamkeit bringen können. Mit der „klinischen" Heilung ist es natürlich noch nicht getan. Die „absolute" Heilung wird erst erklärt, wenn die Frau beim Geschlechtsverkehr nicht mehr ansteckt. Deshalb erfolgt bei den „klinisch" Geheilten nochmals ein Vortrag über die Unzulänglichkeit des medizinischen Könnens, Verbot des Koitus für ein weiteres halbes Jahr oder Vorschrift des Coitus condomatus (wenn ich die Verff. recht verstehe, nicht bloß bei den Ehefrauen!) und wiederholte Nachuntersuchungen besonders nach Koitus und Menstruation. Als Kriterium der Heilung dient der immer wieder negative Gonokokkenbefund in den mikroskopischen Präparaten während der Behandlung, nach den Neigungen und in den Pausen (Beobachtungsdauer etwa 2 Monate). v. Notthafft-München.

Urogenitalapparat.

b. Penis, Urethra, Blase.

Die operative Wiederherstellung der Urethra bei Fällen von hochgradiger oder undurchgängiger Striktur, von J. Guthrie. (Brit. m. J., 3. August 1918, Nr. 3005.) Bei drei Patienten mit ausgedehnter Narbenbildung und Verengung der Urethra hat Verf. sehr befriedigende Resultate erzielt, indem er alles Narbengewebe wegpräparierte und den Defekt mit einem gestielten Lappen vom Dartos schloß. Wegen der anschaulich mitgeteilten Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Vorlesungen über Erkrankungen der Harnröhre beim Manne, von F. S. Kidd-London. (Brit. m. J., 6. Januar bis 10. Februar 1917, Nr. 2923—2928.) Die Arbeit bringt eine klare und übersichtliche Besprechung des Themas in knapper, aber anregender Form, und ist so recht für die Bedürfnisse des Studenten geeignet. So ist z. B. in bezug auf therapeutisches Handeln der Rat, den Verf. gibt, sich nicht mit möglichst vielen Mitteln zu befassen, jedenfalls sehr begründet; für Spülungen hat er neben Kalium permanganicum und Argentum nitricum auch Quecksilber oxycyanid und Zincum permanganicum in Verwendung und macht sich anheischig, in allen Fällen damit zum Ziele zu kommen. Erwähnt mag noch werden, daß er die Anwendung von starkem Druck zur Überwindung des Widerstandes des Sphinkters bei Spülungen der Urethra und Blase nach Janet entschieden verwirft; ein Gefälle von etwa zwei Meter Höhe, wie er das in Deutschland in Gebrauch gesehen habe, nennt er zwecklos und brutal.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Stollenblase, von Hayner. (B. kl. W., 1918, Nr. 51.) Verf. erblickt die Ursache der im Kriege so häufigen Pollakisurie und Polyurie in der im unterirdischen Stollen durch die äußeren Verhältnisse (kleine Räume mit kalter, feuchter Luft, dichte, oft feuchte Kleidung) bedingten Aufhebung oder doch wenigstens starken Einschränkung der Wasserausscheidung der Haut, deren Arbeit die Nieren mit übernehmen müssen. Auf diese Weise ist der Name für die Störungen zu erklären.

E. Klemm-Leipzig.

Über zwei Fälle ungewöhnlicher zystischer Geschwülste der Harnblase, ihre Operation und Heilung, von Alfred Rothschild. (B. kl. W., 1918, Nr. 36.) In dem einen Falle handelte es sich um eine Bildung, die um die linke Uretermündung lag und sich anfangs als massige solide Geschwulst präsentierte. Bei der Behandlung, die in Thermokoagulation bestand, zeigte sich, daß sie im Inneren einen Hohlraum barg. Dieser enthielt einen Oxalatstein, der sich später in die Blase entleerte. Nach 16 Sitzungen Heilung mit Narbe. Beim zweiten Falle handelte es sich um eine kongenitale Anlage. Die im zystoskopischen Bild dicht vor der inneren Blasenmündung emporsteigende Geschwulst prolabiert nach der Miktion. Abtragung des Stiels vor der Harnröhrenmündung. Dabei zeigt sich, daß das derbfeste Gebilde eine Zyste ist, die beim Durchschneiden zusammenfällt. Umnähung der Schnittwunde des Stiels. Reaktionsloser Heilungsverlauf. Verf. faßt die prolabierte Zyste als die blinde Endigung eines rudimentär angelegten dilatierten rechten Ureters auf. Da rechts keine funktionierende Uretermündung zu finden war, nimmt Verf. an, daß rechts ein zweiter, d. h.

Digitized by Google

normaler Ureter und daher wahrscheinlich auch die rechte Niere fehlen. Links befand sich eine vesikale Ureterzyste, deren Ostium geschlitzt wird, worauf Verschwinden der Zyste. E. Klemm-Leipzig.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Zwei Fälle von Hodenabszeß durch Infektion mit Bacillus coli, von W. G. Nash. (Brit. m. J., 2. Februar 1918, Nr. 2979.) Bei dem einen Falle trat der Hodenabszeß etwa zehn Monate nach dem Überstehen einer akuten Zystitis hervor, nachdem entzündliche Erscheinungen in vorübergehender Form zwischendurch auch aufgetreten waren. Bei der Zystitis wurde Eiweiß, Blut, Eiter und ein Kolibazillus vom Typ Bacillus lactis aërogenes nachgewiesen. Der vereiterte Hoden wurde inzidiert, mußte aber schließlich ganz entfernt werden. Man fand dabei einen koliformen Bazillus vom Typ Bacillus pseudo-asiaticus Castellanis. Der andere Fall betraf einen 27jähr. Mann, bei dem zwei Monate zuvor der eine Hoden Abszeßbildung aufgewiesen hatte und als tuberkulös exstirpiert worden war. Der übriggebliebene linke Hoden war geschwollen und schmerzhaft und zeigte sich auf Inzision eiterhaltig und zum Teil schon gangränös. Im Eiter wurden Bacillus coli und proteus vorgefunden. Für Blennorrhoe fanden sich bei beiden Fällen keine Anhaltspunkte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Aussichten der Appendixüberpflanzung bei der Hypospadieoperation, von G. Axhausen-Berlin. (B. kl. W., 1918, Nr. 45.) Verf. hat die späteren Schicksale der überpflanzten Appendix nachgeprüft. Experimentell konnte in keinem einzigen Falle die Erhaltung des Epithels, die allein die Wegsamkeit zu einer dauernden machen kann, festgestellt werden. Der Hohlkanal des eingepflanzten Schleimhautrohrs bleibt indes längere Zeit erhalten, dadurch, daß Teile der Muscularis mucosis am Leben bleiben und in Wucherung geraten und andere durch Bindegewebe ersetzt werden. Bei zwei- bis vierjährigen Knaben hielt der Erfolg nicht an. Wegen zunehmender Strikturbeschwerden mußte schließlich die Harnröhrenöffnung an der alten Stelle wieder angelegt werden. Verf. kommt zu dem Schluß, daß für die operative Behandlung der Hypospadie das Verfahren der Appendixbehandlung aussichtslos ist und daß weitere Versuche mit diesem Verfahren nicht berechtigt sind. E. Klemm-Leipzig.

Totalausschälung der Prostata, von P. J. Freyer-London. (Brit. m. J., 1. Februar 1919, Nr. 3031.) Mit der hier mitgeteilten Serie von 550 Operationen hat Verf. die Gesamtzahl von 1550 Fällen erreicht. Die Gesamtsterblichkeit betrug $5^1/_2$%, aber unter den letzten 200 Fällen ereignete sich nur sechsmal ein letaler Ausgang. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 48 und 90 Jahren; nicht weniger als 89 Patienten standen im Alter zwischen 80 und 90 Jahren. Bei einigen Fällen mit Zeichen von beginnender Sepsis im Urin oder mit starker Reaktion auf Katheterismus erwies es sich als ratsam, die Enukleation der Prostata nicht sogleich an die Sectio alta anzuschließen, sondern zwischen beiden Eingriffen eine Woche oder etwas länger vergehen zu lassen. Dasselbe gilt für Fälle mit akuter, intensiver Retention, bei denen übermäßige Dehnung der Blase stattgefunden hat; andererseits ist für diese die Behandlung mit einem Verweilkatheter angezeigt. Eine besonders große, 233 g schwere Prostata, welche einem 79jähr. Manne erfolgreich abgenommen wurde, ist mit Illustration beschrieben.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Primäres Sarkom der Prostata bei einem Knaben, von F. Nicholson und E. M. Hainsworth. (Brit. m. J., 29. März 1919, Nr. 3039.) Ein Knabe von $3^1/_2$ Jahren kam zur Aufnahme mit der Angabe, daß bei ihm Schwierigkeit und Schmerzen bei der Urinentleerung bestanden hatten, so daß Katheterisieren öfters nötig war. Nach Eröffnung der Blase durch hohen Blasenschnitt fand sich ein pflaumengroßer Tumor der Prostata, der enukleiert wurde und sich bei mikroskopischer Untersuchung als ein Sarkom auswies, das stellenweise myxomatös entartet war. Das Kind ging einige Monate später an einem Rezidiv zugrunde. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Drei Fälle von Ureterenverlegung, von G. S. Gordon. (Brit. m. J., 9. Juni 1917, Nr. 2945.) Es wird kurz über folgende drei Fälle, bei denen Urinverhaltung und Schmerzen die prominentesten Symptome bildeten, berichtet: 1. Ein 21jähr. Soldat klagte über wiederholte Attacken von kolikartigen Schmerzen intensivster Art. Verf. fand Beimengung von Eiter im Urin des einen (linken) Ureters. Bei der Operation fand man die Niere nur in Form einer Hülse vor; dabei hatte sich auf dem dem Ureter zuge-

Digitized by Google

kehrten Teil ein fibröser Auswuchs gebildet, welcher bei Anfüllung des Nierenbeckens mit Urin notwendigerweise den Ureter komprimieren mußte. Die Niere wurde exstirpiert. 2. Bei einem anderen 22jähr. Manne ergab die Zystoskopie das Bestehen eines Vorfalls der Ureterenschleimhaut bis ziemlich weit in die Blase hinein. Meatotomie des Ureters beseitigte die Beschwerden. 3. Ein anderer 22jähr. Patient litt, wie durch Zystoskopie und Röntgenuntersuchung festgestellt wurde, an einem doppelten erweiterten Ureter nebst Divertikelbildung der Blasenwand. Letzteres wurde entfernt und der Ureter an anderer Stelle angesetzt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von amöbenhaltigem Urin mit Zystitis, von E. J. Wright-Sierra Leone. (J. trop. med. and hyg., 2. Juli 1917, Bd. 20, Nr. 13.) Eine 26jähr. Frau, in der 26. Woche gravid, kam wegen Strangurie mit Entleerung von sehr kleinen Urinmengen nebst einigen Tropfen Blut in Behandlung. Die mikroskopische Untersuchung ergab zahlreiche rote und weiße Blutkörperchen und mehrere Amöben im Sediment. Letztere waren 10—40 μ groß mit einem Kern von 5 μ; dieser war rund, bläschenartig, mit einer deutlichen Kernmembran und mit isolierten Chromatinmassen versehen. Bewegung war gering. Zysten sah man in großer Zahl in der Größe meist von 20—25 μ. Die Behandlung bestand in subkutanen Injektionen von Emetinhydrochlorid in Dosen von 0,06—0,15, Spülungen der Blase mit Borlösung und Injektion von Emetin (0,03 in 15,0 Aq. dest.) in die Blase. Der Krankheitsverlauf zeigte zeitweilig bedrohliche Erscheinungen, doch konnte Pat. schließlich in gutem Zustand entlassen werden. Die Schwangerschaft war nicht unterbrochen worden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nierenverletzungen, chirurgische Nierenerkrankungen und ihre Begutachtung bei Soldaten, von H. Kümmell. (B. kl. W., 1918, 32/33.) Bericht über den derzeitigen Stand der Nierenchirurgie unter besonderer Berücksichtigung der in Lazaretten oder im militärischen Dienst gemachten Erfahrungen und der dabei besonders häufig beobachteten Erkrankungen. Verf. weist zunächst auf die drei Faktoren hin, die die Fortschritte der neuzeitlichen Nierenchirurgie ermöglichten, die Röntgenröhre, den Harnleiterkatheterismus und die Bestimmung der Nierenfunktion. Von den dem letzteren Zweck dienenden Methoden wird die von Verf. von jeher besonders gepflegte Kryoskopie des Blutes eingehender erörtert und ihre Technik wiedergegeben. Die verschiedenen Formen der chirurgischen Nierenerkrankungen werden durchgesprochen, ausführlicher die häufiger vorkommenden, Steinkrankheit und Tuberkulose, auch die Nachkrankheiten nach operativen Eingriffen, zumal diese für die spätere Beurteilung der Dienstfähigkeit oder der Entschädigung von Bedeutung sind, u. a. Fisteln, Ureterenstumpfempyem. Eingehendere Würdigung erfahren, der im Kriege hierzu gegebenen Häufigkeit der Gelegenheit entsprechend, die Nierenverletzungen, subkutane und offene. Verf. hat sich mehr und mehr einem frühzeitigen aktiven Vorgehen zugewandt und hält die operative Freilegung der Niere für notwendig, um ihre Verletzung in ihrer Art und Ausdehnung kennenzulernen bei allen Verwundungen, welche eine Mitverletzung der Niere nach klinischem Befund (blutiger Urin, Richtung des Schußkanals u. a.) sehr wahrscheinlich machen. Den Schluß bilden in großen Zügen aufgestellte Richtlinien für die Beurteilung der militärischen Dienstfähigkeit bei Nierenerkrankten, -verletzten und -operierten, was Veranlassung gibt, die Endresultate der an Tuberkulose, malignen Geschwülsten, Hydro-, Pyonephrosen u. a. Operierten zu überblicken. E. Klemm-Leipzig.

Zylinder und Zylindroide, von C. Posner. (B. kl. W., 1918, Nr. 32.) Verf. hält die Zylindroide nicht für diagnostisch bedeutungslos, sondern für Vorstufen der echten Zylinder, diagnostisch also im gleichen Sinne zu verwerten. Er findet diese Auffassung gestützt durch das von Quensel angegebene Färbeverfahren für Harnsedimente, dessen „Fäden" (welche Bezeichnung der Benennung „Zylindroide" vorgezogen wird), für normalen Ursprungs erklärt, werden von Verf. für identisch erklärt mit den von ihm selbst beschriebenen rudimentären „kugeligen, klumpigen oder auch ganz langgestreckt fädigen, oftmals zu Netzen verknoteten" Formen. Die von ihm angewandte Methode der Dunkelfeldbeleuchtung hält Verf. als ausgesprochen konservative Methode dem Färbeverfahren für überlegen und für die Methode der Wahl.

E. Klemm-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. Oktober 1920 | Nr. 40 | Band 71

Aus dem dermatologischen Stadtkrankenhaus II in Hannover (Dirig. Arzt: Dr. Stümpke).

Über moderne, kombinierte Lupusbehandlung.

Von

Gustav Stümpke.

Durch die Arbeiten Rosts, speziell durch seine Mitteilungen auf der Sitzung des Lupussauschusses des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (16. X. 1919 in Berlin), ist die Aufmerksamkeit erneut auf die kombinierte Lichtbehandlung des Lupus gelenkt. Rost behandelt sowohl den Herd lokal mit Licht, wobei Röntgen- und ultraviolette Strahlen zur Anwendung gelangen, als auch ist er bestrebt, durch allgemeine Bestrahlungen den Organismus zur Mitarbeit anzuregen: Hier kommen die Blaulichtbestrahlungen in Frage, die nach Möglichkeit ein Erythem an der Haut hervorrufen sollen, weil nach der Ansicht von Rost eine derartige Reaktion therapeutisch erwünscht ist. Fortgefahren wird mit der Applikation des ultravioletten Lichts erst nach Abklingen der entzündlichen Erscheinungen, die weitere Verabfolgung erreicht schließlich eine Dauer von 30 Minuten für die einzelne Sitzung; dann wird eine Depigmentierungspause eingeschoben, um die Haut für spätere Bestrahlungen wieder empfindlich zu machen. Die Röntgenstrahlen appliziert Rost in Form von durch 1—3 mm Aluminium gefilterten Volldosen, er hält diese Röntgentherapie gerade mit Rücksicht auf ihre Tiefenwirkung im Gegensatz zu der mehr oberflächlichen Wirkung des ultravioletten Lichts beim Lupus für außerordentlich wichtig.

Wir behandeln seit etwa $1^1/_2$ Jahren den Lupus vulgaris am Krankenhaus II mit kombiniertem Lichtverfahren, im Gegensatz zu früher, wo wir den einzelnen Herd entweder nur mit der Quarzlampe (Kompression) oder nur mit Röntgen — hauptsächlich allerdings ganz bestimmte Formen, so den Lupus hypertrophicus und exulcerans — oder in der Hauptsache mit den bekannten Ätzverfahren, letztere allerdings doch gelegentlich in Verbindung mit ultraviolettem Licht, therapeutisch in Angriff nahmen. Die zunächst rein äußere Veranlassung lag in der allerseits bekannten, günstigen Beeinflussung tuberkulöser Drüsen, Skrofulodermata und vieler Kriegs- und anderer Wunden durch die ultravioletten Strahlen der künstlichen Höhensonne, die wir wie in vielen Krankenhäusern und Kliniken so auch bei uns feststellen konnten. Allerdings unterschied sich unser Vorgehen insofern wesentlich von dem Rostschen, als wir einmal die Ganzbestrahlungen mit der Höhensonne nicht immer bis zum Erythem durchführten, andererseits außer den lichttherapeutischen Methoden auch noch zwei andere regelmäßig verwandten: einmal Pyrogallol und zwei-

Digitized by Google

tens auch Salvarsan in seinen verschiedenen Anwendungsformen. Letzteres bekanntlich von Herxheimer und Altmann, allerdings in Kombination mit Tuberkulin, frühzeitig empfohlen (D. m. W., 1911, S. 441).

Wir haben auf das Salvarsan zurückgegriffen, einmal weil das Arsen überhaupt bei Hauttuberkulosen gelegentlich mit Erfolg gegeben wurde, dann aber auch, weil wir vom Salvarsan speziell bei den Röntgenbestrahlungen eine Erhöhung ihrer Wirkung auf den Lupusherd erhofften. Ganz besonders kommt da neuerdings das Silbersalvarsan in Betracht, das durch seinen Silbergehalt (hohes Atomgewicht) vielleicht auch einen Teil der Sekundärstrahlung auszunutzen vermag.

Pyrogallol verwandten wir deshalb mit, um den Röntgenstrahlen, gelegentlich auch dem ultravioletten Licht, einen Teil der Arbeit abzunehmen und auf diese Weise eine noch größere Tiefenwirkung zu erzielen. Wir applizierten in der Hauptsache 10%. Pyrogallolvaseline, die meistens solange gegeben wurde, bis eine deutliche Ätzwirkung, eine Eliminierung des oberflächlichsten tuberkulösen Substrats erzielt war. Es ist ohne weiteres klar, daß auf diese Weise die Applikationsdauer des Pyrogallols im Vergleich zu den reinen Pyrogallolkuren ganz wesentlich eingeschränkt war, und infolgedessen auch die so häufig im Verlauf der Pyrogallolmethode beobachteten störenden Narbenbildungen (Keloide) vermieden werden konnten.

Ein gewöhnlicher Lupus ohne Komplikationen wurde also in den letzten $1^1/_2$ Jahren etwa folgendermaßen in unserem Krankenhaus behandelt: Lokal zunächst 10%ige Pyrogallolvaseline bis zum Eintritt der oben geschilderten Wirkung (8—10 Tage), dann Röntgenbestrahlung, und zwar in Form einer durch 1—3 mm Aluminium gefilterten Volldosis einer harten Röhre, unmittelbar vorher 0,15 Silbersalvarsan oder 0,3 Neosalvarsan. Im Anschluß daran 8 Tage 3%ige Borvaseline, dann evtl. nochmals 8—14 Tage 10%ige Pyrogallolvaseline. Sodann abermalige Röntgenbestrahlung, genau in derselben Weise wie das erstemal, auch bezüglich der Salvarsanapplikation. Als Abschluß endlich nochmals 3%ige Borvaseline evtl. auch 1%ige Argent. nitr. bzw. 2%ige Pellidolvaseline.

Während dieser ganzen Zeit finden nun die von Rost empfohlenen Ganzbestrahlungen statt, wobei wir mit 3—5 Minuten, in 50 cm Abstand der Höhensonne von der zu belichtenden Haut, begannen, einen um den anderen Tag bestrahlten und im allgemeinen nicht über 15 bis 20 Minuten Bestrahlungsdauer hinausgingen. Traten Reaktionen auf, wurden die Belichtungspausen etwas länger gewählt. Speziell die Ganzbestrahlungen bekamen den Pat. außerordentlich gut, die Einwirkung auf dem Allgemeinzustand war unverkennbar. Im allgemeinen nahm diese kombinierte Behandlung 6—7 Wochen in Anspruch, wenn die Kranken dauernd unter ärztlicher Beobachtung standen und nicht mehr oder weniger lange, nicht statthafte Pausen einfügten. In erster Linie traf das also für Pat. zu, die in klinischer Behandlung standen.

Von diesem Durchschnittstyp kamen nun hin und wieder Abweichungen vor; einmal nach der Richtung, daß wir in einer Reihe von Fällen Salvarsan nicht nur in Verbindung mit Röntgenstrahlen gaben, sondern auch in der Zeit des Intervalls, etwa alle 8 Tage einmal, wo-

Digitized by Google

bei wir uns von Gesichtspunkten leiten ließen, die sich in der Richtung der Herxheimer-Altmannschen Erfahrungen bewegen; und zweitens insofern, als wir auch gelegentlich den Herd lokal der Einwirkung der ultravioletten Strahlen aussetzten. Indes gingen wir so nur ausnahmsweise vor, zumal uns naturgemäß daran liegen mußte, ein Verfahren, das weiter empfohlen werden soll, möglichst frei von Fehlerquellen in der Beurteilung, lediglich als Originalmethodik, wenn ich mich so ausdrücken darf, auszuüben.

Ich kann wohl sagen, daß wir mit den oben geschilderten Verfahren ganz außerordentlich gute Resultate gesehen haben, nicht nur was die verhältnismäßig schnelle Heilung des einzelnen Lupusherdes anlangt, sondern auch, soweit sich das in der kurzen bisherigen Beobachtungszeit beurteilen läßt, bezüglich der Rückfälle. Jedenfalls kontrastieren die Ergebnisse ganz entschieden zu dem, was wir bisher bei unserem doch nicht unerheblichen Lupusmaterial therapeutisch erreichen konnten.

Selbstverständlich darf man in der Lupustherapie nie schematisieren; ganz besonders hier gilt der Satz: Es führen viele Wege nach Rom. Und ganz besonders hier hängt so außerordentlich viel von dem Können, der Erfahrung und der Geschicklichkeit des betreffenden Therapeuten ab. Wie schwierig die Dinge liegen, zeigt so recht die Diskussion auf der letzten Lupuskonferenz (s. o.), wo fast jeder Debatter eine besondere Methodik zur Sprache brachte, die zum Teil erheblich von dem Rostschen Vorgehen und auch dem unsrigen abwich: so Freund, Vereisung und nachfolgende Röntgenbestrahlung; Salomon, Diathermie; Hahn, den Kaltkauter und Radium; Schulz, das Goldzyanat; andere wieder Tuberkulinbehandlung in Kombination mit Licht, auch Auskratzen des Lupusherdes und Pyrogallol (Zumbusch), weiter Sensibilisierungsverfahren zur Erhöhung der Röntgenwirkung (Schindler) oder endlich die Tiefenexzision mit nachfolgender Röntgenbestrahlung ohne Deckung des Defekts, wie sie Freund angelegentlich empfohlen hat.

So ist es ganz selbstverständlich, daß auch wir nicht an unserem Schema kleben, sondern in solchen Fällen, wo ein anderes Verfahren mehr Erfolg verspricht, auf dieses zurückgreifen: etwa die Radikalexzision eines Lupusherdes vornehmen, wo die Vorbedingungen gegeben sind. Aber für den Durchschnitt unserer Lupuskranken glauben wir in der Tat in der oben beschriebenen Methodik ein brauchbares und, mit der nötigen Kritik angewandt, praktisch nicht unwichtiges therapeutisches Rüstzeug zu besitzen.

Über fixe Neosalvarsanexantheme.

Von

Priv.-Doz. Dr. Hugo Hecht in Prag.

Fall 1: F. L., 50 Jahre alt, infizierte sich 1902, machte innerhalb zwei Jahren vier Schmierkuren durch. Seither unbehandelt. 1912 traten «schießende» Schmerzen in den Beinen auf, im Frühjahr 1918 Augenbeschwerden, die zur Erblindung des rechten Auges führten. Schließlich wandte sich der Kranke an einen Augenarzt, der das linke Auge fast normal fand und ihn mir zur Behandlung überwies. Die Untersuchung ergab eine typische Tabes dorsalis

Digitized by Google

mit ziemlich ausgesprochenen Veränderungen am Herzen: Mäßige Herzverbreiterung nach links, unreiner erster Ton über Spitze und Basis, über dem Sternum und der Aorta der erste Ton sehr unrein, dumpf. Der zweite Ton verstärkt, auch unrein. Puls 100, stärker gespannt. Blutdruck nach Riva-Rocci 150—155. Vielleicht Kapillarpuls. Bei Durchleuchtung Herzverbreiterung nach links, mäßige Aortenverbreiterung (Befund von Doz. Dr. F. Bardachzi). Im Harn kein Eiweiß, kein Zucker.

Es wurde die Neosalvarsanbehandlung nach Lebredde durchgeführt.

27. I. 1919. 1. NS 0,15, gut vertragen.

3. II. 2. NS 0,3, gut vertragen.

10. II. 3. NS 0,45, Patient berichtet eine Woche später, er habe kurze Zeit nach der Injektion am linken Arm einen Ausschlag bekommen, der einige Stunden nach der Injektion mit Jucken und Rötung der Haut begann, aber keine besonderen Beschwerden verursachte.

17. II. 4. NS 0,6, beschwerdefrei vertragen.

Nach einem Monat Pause am 17. IV. 5. NS 0,6. Fünf Stunden nach der Injektion trat an der Innenseite des linken Vorderarmes ein leichtes Jucken auf, dann Bildung von Knötchen und geringe Schwellung des ganzen Hautbezirkes, der 5 : 6 cm groß ist. Die Haut ist hellrot, fühlt sich heiß an, die Knötchen sind urtikariell. Der Herd liegt in der Mitte der Beugeseite des Vorderarmes nach innen von der Mittellinie, wo er scharf abschneidet. In der Ellbogenbeuge ein zweiter Herd, an der ulnaren Seite liegend, den Jodtinkturanstrich scharf halbierend, von gleichem Aussehen wie der erste, nur mit etwas reichlicherer Aussaat von follikulären Knötchen. Dieser Herd ist etwas größer, 6 : 7 cm und hat einen 3 cm breiten Ausläufer nach oben. An der Rückseite des Oberarmes ein fünfkronenstückgroßer Herd von gleichem Aussehen, aber mit bedeutend geringeren Erscheinungen.

18. III. Die drei Herde sind abgeblaßt, aber deutlich sichtbar, am Herd des linken Unterarmes treten von Zeit zu Zeit zuckende Schmerzen auf, so wie in den Beinen.

24. III. Die drei Herde sind vollkommen geschwunden. 6. NS 0,6 mittags. Um 5 Uhr nachmittags setzt dasselbe Krankheitsbild ein, wobei es wiederum zu den drei Exanthemherden kam, wie sie vorhin beschrieben wurden, der Ablauf war genau der gleiche.

31. III. Bis jetzt erfolgten alle Injektionen in der linken Ellbogenbeuge. Jetzt 7. NS 0,6 in eine Vene der rechten Ellbogenbeuge um 2 Uhr nachmittags. Um 8 Uhr abends begann der Herd am linken Unterarm rot zu werden, zeigte schwaches Brennen und urtikarielles Aussehen. Im Lauf der Nacht bildete sich Herd 2 in der linken Ellbogengegend mit dem Ausläufer nach oben aus.

1. IV. Um 10 Uhr vormittags waren die beiden Herde hellrot, urtikariell, aber doch etwas geringer als am 25. III. nach der Injektion am linken Arm. Die seinerzeit jodierte Stelle reagierte etwas stärker als die Umgebung. Herd 3 an der Rückseite des linken Oberarmes war kaum angedeutet. Der Ablauf erfolgte wie sonst.

7. IV. 8. NS 0,6 am rechten Arm, von den gleichen Erscheinungen am linken Arm gefolgt, wie am 31. III.

Nach sechswöchiger Pause bekam der Patient 4 NS zu 0,6 in wöchentlichen Abständen am linken Arm, ohne die geringsten Hauterscheinungen, die letzte am 17. VI. Am 29. VI. trat infolge linksseitiger Otitis media ein Herpes zoster der linken Wange und linken Hälfte der Unterlippe auf. Die seither fortgesetzte Behandlung mit Hg und NS zeigte nie mehr die geringsten Hauterscheinungen.

Fall 2: E. J., 42 Jahre alt, infizierte sich am 28. II. 1920. Am 1. IV. trat an der Unterseite des Gliedschaftes eine kleine Erosion auf, in der am 10. IV. Spirochäten nachgewiesen wurden. Am selben Tage Exzision des Ulkus und Injektion von 0,6 NS.

15. IV. 2. NS 0,6 um 10 Uhr vormittags. Am Abend desselben Tages trat an der Haut der Achselhöhle des linken Armes, in den die Injektion erfolgte, Jucken mit nachfolgender Rötung auf. Am nächsten Morgen war die Haut handtellerbreit, um die Achselhöhle herum hellrot, etwas urtikariell verändert. Die behaarte Haut der Achselhöhle war unverändert.

21. IV. Die ganze Stelle schuppt leicht.

25. IV. 3. NS 0,6. Eine halbe Stunde später beginnt die Haut um die linke Achselhöhle herum wieder zu jucken, wird in kurzer Zeit rot. Am 29. IV. war die Veränderung unter Puder abgeheilt. Leider entzog sich der Patient durch Abreise der weiteren Behandlung, und als er später kam, war auch eine Fortsetzung der Beobachtung und Behandlung nicht mehr möglich.

Digitized by Google

Es handelt sich in beiden Fällen um sogenannte fixe Salvarsanexantheme, wie sie zuerst Nägeli beschrieben hat. Inzwischen sind mehrere einschlägige Fälle beschrieben und zuletzt von Fuchs (D. m. W., 1919, Nr. 46) zusammengestellt worden. Grütz hat dann drei Fälle nach Verabreichung von Altsalvarsan beschrieben.

Der erste der beiden hier veröffentlichten Fälle ist Tabiker, so wie der von Engwer und Josephsohn beschriebene. Meistens traten diese Exantheme nicht gleich nach der ersten Salvarsaninjektion auf; doch kann auch, wie zwei Fälle von Kuznitzky, ein Fall von Schönfeld und ein Fall von Levin zeigten, das Exanthem schon nach der ersten Injektion auftreten. Die Ursache dieser lokalen Überempfindlichkeit ist nicht bekannt, doch weist das regelmäßige Befallensein derselben Stellen in unserem ersten Falle auf Nerveneinfluß hin. Daß die Vene, die bei der Einspritzung benutzt wird, als Ursache in Betracht käme, ist unwahrscheinlich, da auch eine aufwärts von der Stromrichtung liegende Stelle am Unterarm regelmäßig befallen war. Für nervöse Einflüsse spricht auch die Tatsache, daß bei Injektion am anderen Arm trotzdem der Ausschlag auftrat. Die drei Exanthemflecke entsprechen ihrer Richtung nach dem Verlaufe des Nervus ulnaris, obwohl keineswegs damit behauptet werden soll, daß der Nervus ulnaris die alleinige Ursache bildet. Jedenfalls handelt es sich um eine vasomotorische Störung, die erst im Laufe oder nach einer oder mehreren Salvarsaninjektionen auftritt. In Fällen, wo schon nach der ersten Salvarsaninjektion ein solches Exanthem zum Vorschein kommt, könnte die vorausgegangene Sensibilisierung der Stelle vielleicht durch andere Einflüsse erfolgt sein. Darauf scheint z. B. der Fall von Schönfeld, bei dem nach jeder Injektion, auch bei der zweiten Kur, in der linken Jochbeingegend eine talergroße gerötete Stelle mit pfenniggroßer Quaddel in der Mitte auftrat und nach 10—20 Minuten verschwand, zurückzuführen zu sein, da sich diese Stelle auch bei innerlicher Erregung ohne Salvarsaninjektion als empfindlich erwies (psychische Urtikaria). Ob die Dauer der Einspritzung und die Menge des Mittels von Einfluß auf die Entstehung des Exanthems sind, und ob eine Gewöhnung an das Mittel erfolgt, kann aus den wenigen Fällen noch nicht entschieden werden.

Felix Guyon †.

Wenn Völkerhaß und Kulturniedergang auch dahin geführt haben, daß zwischen den Gelehrten der kriegführenden Länder, die sonst gemeinsam dem gleichen humanitären Ziele zustrebten, Entfremdung eingetreten ist — das Andenken des Mannes, dem diese Zeilen gelten, wird auch bei uns diese Periode der Mißverständnisse überdauern, und seine Person wie seine Leistungen sollen in hohen Ehren gehalten werden.

Felix Guyon, der im Alter von nahezu 90 Jahren verstorben ist, nachdem er bereits seit dem Jahre 1907 seiner ärztlichen und akademischen Tätigkeit entsagt hatte, galt nicht bloß in Frankreich, sondern in der ganzen Welt als der unbestritten erste Meister und Lehrer auf dem Gebiete der Urologie. Diesen Ruhm verschafften ihm nicht

Digitized by Google

nur seine eigenen Werke, die auch bei uns in jedermanns Händen sind, insbesondere seine von echt klinischem Geist durchwehten Vorlesungen über die Krankheiten der Harnwege — er gründete sich auch ganz vorwiegend auf den Umstand, daß er in seinem Hospital Necker, dessen Leitung er 1867 nach Civiales Tode übernommen hatte, eine Schule geschaffen hat, aus der die namhaftesten französischen Urologen hervorgegangen sind und zu der Ärzte und Chirurgen aus aller Herren Länder sich drängten. Echt klinischer Geist, das sei nochmals betont, waltete dort. Als Guyon, von der allgemeinen Chirurgie ausgehend, sich seinem Spezialgebiete zuwandte, war dies noch wenig entwickelt und zum größten Teil auf reiner Empirie aufgebaut. Er zuerst brachte die Physiologie und Pathologie der Harnkrankheiten durch minutiöse Erforschung der einzelnen Symptome in eine rationelle Verbindung mit den Anzeigen und der Ausgestaltung der operativen Eingriffe; man muß seine immer neu aufgenommenen Betrachtungen über die Lithotripsie, eines seiner Lieblingsthemen, studieren, um zu sehen, mit welcher Geduld und Überlegung er dieses scheinbar so einfache Verfahren zur Vollendung geführt hat. Zur Zeit, da er seine Tätigkeit begann, fehlten der Urologie noch diejenigen Untersuchungsmethoden, die heute die Indikationsstellung so sehr erleichtern; was, wie wir mit berechtigtem Stolz sagen dürfen, die deutsche Forschung geschaffen hat, die Erfindung des Zystoskops durch Max Nitze, die Einführung der funktionellen Diagnostik durch Koványi, Casper und Richter, stand damals dem Arzt noch nicht zu Gebote. Um so mehr ist der Scharfsinn zu bewundern, mit welchem Guyon auch ohne diese Hilfsmittel Licht in das Dunkel der Symptomenkomplexe zu bringen bemüht war. Und wenn er persönlich nur mit Zurückhaltung an die Verwertung der neuen Methoden heranging, so müssen wir anerkennen, daß seine Schüler, unter denen wir in erster Linie den geistvollen Albarran zu nennen haben, in stetem Konnex mit den deutschen Fachgenossen deren Bestrebungen aufnahmen und durch eigene Arbeit förderten. Die im Jahre 1882 von Guyon in Gemeinschaft mit Lancereaux begründeten „Annales des Maladies des Voies urinaires" legen in jedem Heft Zeugnis hiervon ab, und wer je den wissenschaftlich und praktisch gleich vortrefflich organisierten Betrieb im Hospital Necker gesehen hat, mußte den Eindruck gewinnen, daß hier eine vom Geist des Leiters durchdrungene, fruchtbringende Arbeit geleistet wurde — ein Muster, welches auch bei uns wohl Nachahmung verdient hätte, aber leider nicht gefunden hat!

Es war nicht zuletzt der Zauber seiner Persönlichkeit, welchem diese Erfolge zu danken waren. Sein vornehm zurückhaltendes Wesen, durch welches doch stets eine milde Güte hindurchleuchtete, sicherte ihm überall eine willig anerkannte Superiorität; so war er nicht nur lange Jahre Vorsitzender der französischen Gesellschaft für Urologie, sondern auch Präsident des französischen Chirurgenkongresses, der Académie de Médecine und der Académie des Sciences. Und als im Jahre 1906 die internationale urologische Gesellschaft gegründet wurde, die nun auch der Auflösung anheimgefallen ist, war es selbstverständlich, daß ihm das Präsidium übertragen wurde; er führte es bis zum Jahre 1914, damals, beim letzten Kongreß in Berlin, entsagte er dieser Würde, die auf James Israël überging, während er selbst durch Ernennung zum Ehrenpräsidenten ausgezeichnet wurde. Die in Deutschland bestehenden urologischen Gesellschaften hatten ihn ebenfalls bereits bei ihrer Gründung zum Ehrenmitglied ernannt. Während des internationalen medizinischen Kongresses in Paris im Jahre 1900 tagte zum ersten Male eine besondere Sektion für Urologie, ein sichtbares Zeichen, welch hoher Blüte sich dies Sondergebiet erfreute. Damals wurde ihm zu Ehren eine Plakette geschlagen, welche die Aufschrift trug: „Au Professeur Guyon ses elèves, ses amis" — mittelbar oder unmittelbar gehören wir alle zu seinen Schülern, und den Älteren unter uns ist es auch heute noch eine liebe Erinnerung, daß wir uns einstmals seine Freunde nennen durften!

C. Posner-Berlin.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1920, Bd. 29, Heft 2.

Spirochätenbefunde in Genitalveränderungen ungeimpfter Kaninchen, von L. Arzt-Wien. Der Verf. berichtet über eine Zucht von 35 Tieren, die sich seit Jahren in Innsbruck befindet. Von 16 Jungtieren zeigte keines irgend welche Veränderungen,

Digitized by Google

dagegen bestanden bei 6 Rammlern 3 und von 13 Häsinnen ebenfalls bei 3 Genitalentzündungen, in denen auch Spirochäten nachgewiesen werden konnten. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung ergibt sich, daß dieselben von Spirochaeta pallida nicht zu unterscheiden sind. Zwei Möglichkeiten bestehen; entweder ist von einem in früherer Zeit — evtl. vor Jahren — infizierten Tiere die Affektion weiter übertragen worden, oder aber es findet sich beim Kaninchen eine am Genitale lokalisierte spontane Erkrankung, deren Erreger den Typ der Spirochaeta pallida besitzen.

Prophylaktische Vakzineinjektionen bei Blennorrhoe, von Harald Boas und Olur Thomsen-Kopenhagen. Die hergestellte Vakzine ist eine Aufschwemmung in 0,9%iger NaCl-Lösung von einer 24 Stunden alten Gonokokkenkultur auf Aszitesagarplatten. Die Abtötung der Keime wird durch Erfrierung bis zu 15° erreicht. Dies geschieht in 1—8 Tagen. Durch das Verfahren werden die Gonokokken, so wenig wie überhaupt möglich, modifiziert. Die Beobachtungen, welche sich bei Anwendung dieser Vakzine ergeben, sind derart, daß jede frische Blennorrhoe in einer weit größeren Zahl von Fällen frei von Komplikationen bleibt als bei einer gewöhnlichen Behandlung.

Zur Beurteilung des blennorrhoischen Eiters, von Ernst Friedrich Müller-Hamburg. Der Verf. zieht aus den mikroskopischen Bildern, welche der Verlauf der Urethralblennorrhoe zeigt, Schlüsse auf das Verhalten der Gonokokken und die Beschaffenheit der Schleimhäute. Befremdlich ist die gelegentliche Bezeichnung des Gonokokkus als Bazill.

Zur Therapie der Pernionen mit der Uviollampe, von Julius Müller. Bezüglich der Technik wird empfohlen, die Sitzungen jeden oder mindestens jeden zweiten Tag hintereinander vorzunehmen. Bei frischen Fällen, im erythematösen Stadium genügen wenige Sitzungen (oft nur 3—4) von 10—15 Minuten, schon am 1.—2. Tage ist das Jucken verschwunden, und nach der gleichen Zeit geht das Erythem restlos zurück. Bei Fällen, wo sich schon richtige Frostbeulen gebildet haben, beginne man sofort mit einer Bestrahlung von 20—40 Minuten; die Rückbildung ist meist nach 8 bis 10 Sitzungen erreicht. Sind die Pernionen ulzeriert, so ist es vorteilhaft, dieselben mit einem Pflaster zu bedecken. Bei alten Fällen, bei welchen die ganze Hand seit Jahren von einer venösen Stauung ergriffen ist, und wo die Schwellung schon zu einer Erschwerung der Beweglichkeit geführt hat, bedarf es häufig 20—25 Sitzungen von 30 bis 40 Minuten; ist noch kein Erfolg erzielt, so wiederhole man die Behandlung nach 2 bis 3 Wochen, da in dieser Zeit das unter der Bestrahlung sich bildende und diese in ihrer Wirkung beschränkende Pigment wieder verschwunden ist. Mit zwei Lampen zu 40 cm Länge wurden bessere Erfolge erzielt als mit einer zu 60 cm. Bei dem Frost der Füße genügen meist ganz wenige Sitzungen von 10—15 Minuten, nur tritt hier sehr leicht Blasenbildung ein. Bei Frost der Ohren verhält es sich ähnlich wie an den Händen. Die knotigen Verdickungen am Rande der Ohrmuschel werden am besten abgetragen und mit einem Hochfrequenzstrom behandelt. Bei Erfrierung der Nase wird die Galvanisation vorgezogen, gegen die Erweiterung der kleinen Venen eine 10 Minuten währende Kompression mit dem Weißlicht der Quarzlampe.

Bemerkungen zur Frage des Erythema exsudativum multiforme, von Arth. Jordan-Moskau. Zunächst wird das Verhältnis der Krankheit zur Syphilis berührt. Diese, resp. das zur Behandlung verwandte Quecksilber, kann eine Prädisposition für das Erythema multiforme abgeben. Trotzdem bleibt es eine selbständige Hautkrankheit. Die Krankheit kann in jedem Monat auftreten, bevorzugt aber Frühjahr und Herbst. Hinsichtlich des Geschlechtes besteht kein nennenswerter Unterschied, das Alter von 18—24 Jahren wird bevorzugt. Im Gegensatz zu anderen Autoren hält der Verf. das Erythema multiforme nicht für kontagiös. Rezidive sind häufig. Weiterhin wird die Lokalisation besprochen, ferner die im Anfang der Krankheit bestehende Verwechslungsmöglichkeit mit Purpura rheumatica (auf die Ref. zuerst hingewiesen hat). Ein Fall, bei dem sich an der Unterlippe ein einzelner Herd entwickelte, wird als bemerkenswert angeführt. Hierbei werden die auf die Schleimhaut isolierten Eruptionen erwähnt. Zum Schluß wird auf die Lymphozytose des Blutbildes und die Möglichkeit der Schuppenbildung hingewiesen.

Heft 3.

Über die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat, von C. Bruck und A. Sommer-Altona. Die Injektionen mit Silbersalvarsan wurden zu 0,1 bis 0,25 steigend zweimal wöchentlich gegeben, und zwar in 10—12 Injektionen bis zu einer Gesamtmenge von 2—2,5 g Silbersalvarsan. Die Lösung des Präparates sowie die In-

Digitized by Google

jektion in die Vene entsprach der wie bei Neosalvarsan. Als Nebenerscheinungen werden angeführt: Schwinden der Besinnung während der Injektion, Temperaturanstiege, Arsenexantheme, und in zwei Fällen trat ein sehr schweres Krankheitsbild auf. Die Beeinflussung der syphilitischen Erscheinungen war glänzend. Die Spirochäten verschwanden schnell, ebenso die WR, aber die Dauerwirkung derselben ließ zu wünschen übrig. Die Kombinationsbehandlung von Silbersalvarsan mit Hg oder von Silbersalvarsan mit Neosalvarsan ergab einen weniger guten Erfolg als die Kombination aller drei Präparate. Es wurde alle fünf Tage ein Salvarsan- und jede Woche ein Hg-Präparat gegeben. Die Injektionen mit Sulfoxylat verursachten bei manifesten Erscheinungen sehr häufig Spirochätenfieber, im übrigen Kopfschmerzen und Magenbeschwerden. Als Einzeldose wurden 2—3, im ganzen nach Möglichkeit 20 ccm der Lösung verabfolgt, zweimal wöchentlich. Der Rückgang der klinischen Erscheinungen ist langsamer als beim Silbersalvarsan und etwa wie beim Neosalvarsan. Die WR tritt noch plötzlicher als negativ auf, zeigt aber gleichfalls nur geringe Dauerwirkung. Unter 25 Fällen traten zweimal schwere Krankheitserscheinungen auf, die in einem Falle zum Exitus führten. Die Verwendung dieses Präparates zu intramuskulären Injektionen ergab, daß dieselbe sehr schmerzhaft ist, die klinischen Erscheinungen nur langsam und die WR gar nicht beeinflußt. Die Präparate werden das Neosalvarsan nicht verdrängen, bieten aber unter gewissen Verhältnissen Vorteile: das Silbersalvarsan bei WR-negativer Primärlues ($^1/_2$ Dosis) und in Fällen von Hg-Unverträglichkeit. Andererseits das Sulfoxylat bei erwünschter Depotwirkung, zur Unterstützung serumrenitenter Fälle und schließlich bei schlechten Venen in intramuskulärer Verwendung. Zum Schluß wird die von Dreyfuss zur Vermeidung der Nebenwirkung vorgeschlagene einschleichende, d. h. langsam ansteigende Anwendung des Silbersalvarsans besprochen. Für die Behandlung der Nervenlues ist sie zweckmäßig, nicht aber für diejenige der Frühlues.

Beiträge zur Kenntnis der Salvarsandermatosen, von Ernst Nathan-Frankfurt. Zunächst wird über solche Exantheme nach Salvarsan berichtet, die nach dem ersten Abklingen trotz ausgesetzter Behandlung und ohne neuerliche Zufuhr von Salvarsan spontan rezidivieren. Den drei schon von Kall, Nägeli und Glombitza mitgeteilten fügt Verf. zwei eigene Beobachtungen hinzu. Die Exantheme traten entweder früh, am 1.—3. Tage oder spät, am 12.—40. Tage auf. Eine weiter angeführte Beobachtung betrifft ein Exanthem, welches nach jeder Injektion stets an den gleichen Körperstellen auftrat. Durch dem Neosalvarsan vorangehende Injektionen mit Adrenalin war man imstande, den Ausbruch der Erscheinung abzuschwächen oder zu verhindern. In zwei Fällen wurde durch die intravenöse Injektion ein symmetrisches Erythem der Ellenbeuge ausgelöst. Während diese Exantheme immer rasch wieder zurückgingen, wird noch ein letzter Fall erwähnt, bei welchem sich Herde am Gesäß und am Ellenbogen beiderseits und symmetrisch entwickelten und etwa zehn Tage bestehen blieben.

Über die Anwendbarkeit des Gelargins in der Gonorrhoetherapie, von Hugo Engleson-Malmö. Des Gelargin „Astra" ist eine organische Verbindung von Gelatose mit Silber, enthaltend 10% Ag. Alkalin; Schwefelverbindungen und Halogenderivate wirken nicht zersetzend auf die Lösung. Die Wirkung des neuen Mittels erwies sich bedeutend weniger reizend als Albargin und Protargol. Es wurde in einer 1,5%igen Lösung bei der Abortivbehandlung der Blennorrhoe angewandt. Hierbei trat in 39 von 51 Fällen voller Erfolg ein, was einem Heilungsresultat von 76% entspricht. In der gleichstarken Lösung zu prophylaktischen Zwecken verwendet, führte es in allen Fällen zu einem guten Resultat. Vörner-Leipzig.

Zeitschrift für Urologie.

1920, Bd. 14, H. 4.

Die Lipoide der Prostata, von M. Kinoshita. Die Lipoidkörnchen treten in der Epithelzelle der menschlichen Prostata physiologisch auf. Sie stehen in inniger Beziehung zur Zelltätigkeit, sie sind aber nicht Sekretkörnchen, sondern Stoffwechselprodukte, die bei der Zellfunktion gebildet werden. Sie treten erst mit und nach der Pubertät auf und nehmen gegen das 50. Lebensjahr hin allmählich an Menge ab. Entzündliche Prozesse in der Prostata bedingen eine starke Verminderung der Lipoidkörnchen. Ihr Auftreten in der Prostata erfolgt in der Weise bis zu einem gewissen Grade nach einer bestimmten Regel, daß die Drüsen des Kollikulus und in der Umgebung der

Digitized by Google

großen Ausführungsgänge zunächst Lipoide aufweisen. Sie bestehen meist aus Lipoid im engeren Sinne und brechen das Licht nicht doppelt. Doppeltbrechende Lipoide kommen in größerer Menge erst in der Altersprostata nach dem 45. Lebensjahre vor und hängen mit einer reduzierten oder abnormen Zelltätigkeit zusammen. Die großen mit Lipoidkörnchen gefüllten Zellen in und unter der Basalschicht des Epithels, die man in der gesunden Prostata geschlechtsreifer Menschen findet, sind am ehesten Bindegewebsabkömmlinge mit phagozytärer Tätigkeit. Die Prostatae der Tiere zeigen ein verschiedenes Verhalten und unterscheiden sich wesentlich von der menschlichen Prostata.

Veränderungen des menschlichen Harns unter Krappwirkung, von Adolf Bauer-Lindhardt bei Naunhof. Unter Krappwirkung färbt sich menschlicher Harn rötlich. Die Färbung tritt um so stärker auf, je mehr Krapp genommen wird. Es werden bis zu 10 g anstandslos von Erwachsenen vertragen. Die Färbung beginnt schon 3 bis 4 Stunden nach der Einnahme und hält etwa einen Tag lang an. Von der Krappwurzel geht die Ruberythsinsäure in den Harn über. Daher nimmt dieser erst auf Zusatz von Kalilauge sowie von gelösten Alkalien überhaupt den schönen roten Farbton an. Die Ruberythsinsäure ist ein Glukosid; bei Spaltung in Zucker und Alizarin wirkt sie daher reduzierend auf Nylanders Reagens und auch auf Fehlingsche Lösung, auf letztere in schwächerem Grade. Die Stärke und das lange Bestehenbleiben der sauren Reaktion von Krappharn in zwei Versuchen muß noch näher aufgeklärt werden. Im sauren Harn bindet sich der Farbstoff an die Harnsäure, im alkalischen nicht an die phosphorsaure Ammoniummagnesia, sondern an den kohlensauren Kalk.

Über einen Fall von Entleerung einer Pyonephrose in die Peritonealhöhle, von Sepp Mitterstiller-Innsbruck. In dem hier beschriebenen Falle kam es zur diffusen entzündlichen Erkrankung des Retroperitoneums, die Entleerung des Eiters erfolgte in die Bauchhöhle nicht auf dem Umwege über den paranephritischen Abszeß, sondern auf ganz eigenartige Weise durch Vermittlung eines periuretrischen Abszesses. Der Fall verdient insofern weitere Beachtung, indem es bei tiefgehenden Ulzerationen der Ureterwand zu eitriger Periureteritis kommen kann; daß es bei solchen Abszeßbildungen gelegentlich einer Perforation in die Bauchhöhle, deren hintere Wand in nächster Beziehung zum Ureter steht, stattfinden kann, dafür ist der vorliegende Fall der beste Beweis, und er gibt denjenigen recht, die bei tuberkulöser Erkrankung des Harnleiters dessen vollständige Entfernung fordern.

Geschichtlich-physiologische Grundlagen zur Wiederbelebung der Krappanwendung, von Adolf Bauer-Lindhardt bei Naunhof. Der Verfasser bringt eine geschichtliche Darstellung und Anwendung der Krappwurzel, die besonders in der Rachitisbehandlung empfohlen wurde, wobei auch die auffallende Wirkung auf den Urin betont wurde. Sie wurde ferner als diuretisches Heilmittel bei Stockungen im Unterleibe, Schwäche des Darmkanals, intermittierenden Fiebern, Atrophie sehr gerühmt. Verf. beschäftigt sich seit längerer Zeit mit der Krappwirkung, wobei er wichtige Einwirkung auf tuberkulös erkrankte Organe beobachtet.

1920, Bd. 14, H. 5.

Carcinoma xanthomatodes prostate, von M. Kinoshita-Basel (2 Abbildungen). Die histologisch-pathologische Untersuchung eines Prostatakarzinoms ergibt eine enorme Quantität der meist doppellichtbrechenden Lipoide, makroskopisch eine eigentümliche schwefelgelbe Färbung des Gewebes.

Doppelte Nierenbecken, von Erich Wossidlo-Berlin (1 Textabbildung). Verf. beschreibt zwei einschlägige Fälle. Die Sektion des ersten Falles ergibt zwei Harnleiter, die aus je einem Nierenbecken entstanden. Diese letzteren standen nicht miteinander in Verbindung, sondern waren durch eine derbe bindegewebige Wand, in die Nierengewebe eingeschlossen war, voneinander getrennt. Die zu den beiden Nierenbecken gehörigen Nierenabschnitte waren schwer pyonephrotisch. Auch bei dem zweiten Falle fanden sich zwei getrennt voneinander parallel nach unten verlaufende Harnleiter, deren jeder zu einem äußerlich schon erkennbaren selbständigen Nierenbecken führte. Außer den doppelten Harnleitern bestand auch eine Verdoppelung der Nierengefäße, der Arterien und Venen, zu denen noch eine dritte akzessorische Arterie, die im oberen Nierenpol mündete, hinzutrat. Die Diagnose eines doppelten Nierenbeckens läßt sich bei einiger Aufmerksamkeit mit unseren modernen Hilfsmitteln stellen, besonders wenn man getrennt voneinander rhythmisch arbeitende Harnleitermündungen beobachtet, wenn man verschieden geartete Harne mit Hilfe des Ureterkatheters aus den Harnleitern gewinnen kann; pyelographisch ist der getrennte Verlauf der Harnleiter bzw. getrennte

Digitized by Google

Kollargolschatten im Nierenschatten festzustellen, und schließlich ist ein Urteil zu fällen, wenn man abweichende Ergebnisse bei der Funktionsprüfung aus beiden Harnleitern, die zu einer Niere führen, erhält.

Invagiertes Blasendivertikel, von ERICH WOSSIDLO-Berlin (3 Textabbildungen). Zystoskopisch wird bei dem Patienten, der wegen Verdachtes auf doppelseitige Pyelitis in Behandlung kam, der stark hervorspringende dicke Harnleiterwulst und an seinem Ende ein bei der möglichst weiten Entfernung des Zystoskops über apfelgroßer durchscheinender zystischer Tumor, auf dem sich große Gefäße deutlich verzweigen, die auf ihm selbst entspringen und nur in der Gegend des Harnleiterbandes aus diesem zu kommen scheinen, gefunden. Der Harnleiter ist nirgend zu sehen. Bei der Operation gelang es, die ganze Geschwulst nach außen durch die Blasenwand auszustülpen, wobei sich dann ein scharfer Schnürring an der Basis der Geschwulst erkennbar machte. Zur Klarstellung invaginierte der Verfasser die Geschwulst abermals nach der Blase hin, und er konnte nun an der Außenseite der Blase einen scharfen Ring finden; er stülpte das Divertikel nach außen und schloß die Blase. Es handelt sich also um eine Vorwölbung der gesamten Blasenwand in die Blase, welche dadurch bedingt war, daß sich ein Blasendivertikel in die Blase vorstülpte und dann durch irgend welche Momente dort eingeschnürt wurde. Chrzelitzer-Posen.

Dermatologisches Zentralblatt.

Dezember 1919, Januar, Februar, März, Mai 1920.

Zur Technik der konzentrierten, intravenösen Neosalvarsaninjektion, von CARL LANGE-Berlin. Bei der Wahl zwischen Alt- und Neosalvarsan entscheidet sich der Verf. für das letztere. Es ist von gleicher Wirkung wie jenes und ökonomischer in seiner Verwendung. Kontraindikationen im eigentlichen Sinne gibt es nicht. Trotzdem ist es wichtig, den Kranken vor Beginn einer Kur auf den Zustand der inneren Organe zu untersuchen, um ihn auf schon bestehende Veränderungen aufmerksam zu machen. Wichtig ist die Vermeidung der Herxheimerschen Reaktion. Es geschieht dies entweder durch Vorausschicken einer Quecksilberkur oder dadurch, daß man mit kleinen Dosen beginnt. Infolgedessen kommt der Verf. zu folgender Kur. Beginn mit 2 Injektionen von Embarin, dann Salvarsankur, und zwar zunächst 0,15 Neosalvarsan, dann pro Woche 2 Hg- und 1 Salvarsaninjektion, für Frauen durchschnittlich 0,45, für Männer 0,6 Neosalvarsan. Unlösliche Hg-Präparate können am gleichen Tage injiziert werden, lösliche lieber an verschiedenen Tagen. Gleichzeitige Blutabnahme und Salvarsaninjektion ist zu vermeiden. In jedem Falle von genau festgestellter Syphilis sind 3 Kuren in Abständen von 3 Monaten vorzunehmen. Die Heilung ist abhängig zu machen von einer dauernd negativen WR und einem normalen Liquorbefunde. Besondere Verhaltungsmaßregeln vor und nach Salvarsaninjektionen sind nicht notwendig. Der Verf. bespricht zunächst das Präparat selbst, namentlich seine Möglichkeiten, zu verderben, ferner das Instrumentarium, dann die Beschaffenheit des zur Auflösung bestimmten Wassers, weiter die Technik. Zur Erhaltung und Desinfektion der Spritze und der Kanülen werden praktische Winke gegeben. Die Hauptgefahr bei intravenöser Applikation liegt in der Möglichkeit, Embolien zu erzeugen. Blutkoagulabildung läßt sich vermeiden, wenn man das Abnehmen der Spritze unterläßt, ungelöste Salvarsanpartikelchen lassen sich abfiltrieren, und das Eindringen von Luft läßt sich leicht verhindern.

Meine Behandlung der Trichophytie und Sycosis barbae, von J. WETTERER-Mannheim. Nach dem Rasieren betupft sich der Patient mit 2%igem Naphtholspiritus. Hiernach folgt eine Ätzung der Herde durch den Arzt mit Ac. carb. liqu., nach 2 Tagen wird wieder rasiert und nochmals karbolisiert. Die folgenden Tage wird täglich rasiert, die kranken Stellen mit heißem Wasser gewaschen und nachts eine rote Zinnobersalbe mit einem Zusatze von 2% Trypaflavin aufgelegt. Impetiginöse Formen werden in gleicher Weise behandelt. Das Kerion Celsi wird außerdem kürettiert und röntgenisiert. Ältere Kreise werden mit der Hg-Lampe (FINSEN) und mit Antisykontinktur behandelt. Bei follikulären und knotigen Formen wird Röntgen und Elektrolyse empfohlen.

Über Pemphigusbehandlung mit Terpentininjektionen, von BRENNING und HAUTSCH-Berlin. Mitteilung von 2 Fällen. Im 1. genügten 3 Injektionen von 1/4 ccm einer 20%igen Lösung zur Heilung, im 2. Falle wurden 4 Injektionen gegeben, zunächst

Digitized by Google

$^1/_2$ ccm und die übrigen 3 zu 1 ccm. Nach der 2. Injektion trat Fieber ein und nach der letzten Herzschwäche. Indessen auch hier trat Heilung ein.

Kalzan bei Hautkrankheiten, von Gehrmann-Berlin. Günstige Erfolge werden mitgeteilt bei einem Falle von Pruritus vulvae, bei Psoriasis, Acne vulgaris, juckendem Ekzem der Hände und Finger, bei einem intertriginösen Eczema mammillare und schließlich bei Ulcus cruris.

Zur Ätiologiefrage der Vitiligo, von Helle-Bochum. Die Beobachtung des Auftretens von Vitiligo bei einer Basedowkranken veranlaßt den Verf., an eine Störung der Sekretionstätigkeit von Thyreoidea und Nebenniere zu denken.

Pellidol (Calle) als Haarwuchsmittel, von J. Saudek-Brünn. Bei Fällen von Alopecia areata wurde täglich zweimal mit 2%iger Pellidolsalbe eingerieben. In den meisten Fällen war eine Besserung in 2—3 Wochen bemerkbar. Ein gleich guter Erfolg stellte sich nach Behandlung des Haarbodens ein, dessen Haare durch Seborrhoe oder Grippe ausgefallen waren. H. Vörner-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

VI. Serie. Bd. 1, Nr. 3.

Ein Fall von in Paris übertragener Creeping disease (Larva migrans) (Cas de Creeping disease [Larva migrans] contracté à Paris), von Darier. Das Bemerkenswerte der Beobachtung liegt darin, daß die Übertragung in Paris erfolgte, was bisher niemals zuvor beschrieben worden war. Der Mann arbeitete auf dem Bahnhof, wo große Transporte von Rinderhäuten durchzugehen pflegten; ein im Waggon umherirrendes Insekt (Hypoderma bovis) hat dann den Mann in die Haut des l. Handrückens gestochen. D. unterscheidet 3 Formen von Hautveränderungen, verursacht durch tierische Parasiten, nämlich 1. die eigentliche Creeping disease, die Verf. auch „Myase rampante cutanée" genannt haben will, 2. die subkutane Myasis mit wandernden Tumoren, bei welcher im Verlauf mehrerer Wochen oder Monate ödematöse oder entzündliche Geschwülste bis zu Eigröße entstehen. Das Wandern der Larve ist mit großen Schmerzen verknüpft. 3. Die furunkelähnliche Myasis, bei der es nur einen einzigen entzündlichen Tumor durch das Eindringen des Parasiten gibt, aber kein Wandern desselben. Alle 3 Formen werden durch dieselben Larven erzeugt, nämlich Hypoderma oder Gastrophilus.

Die Wassermannsche Blutreaktion. Ihr Wert in Theorie und Praxis, ihre Fehlerquellen (La réaction de Wassermann du sang. Sa valeur théoretique; sa valeur pratique; ses méfaits), von J. Nicolas und J. Gate. Verff. kommen zu folgenden Schlußfolgerungen: Ein negativer Wassermann schließt keineswegs die Diagnose Syphilis aus. Eine sorgfältige klinische Untersuchung des Falles muß hinzutreten, und in zweifelhaften Fällen auch eine probeweise syphilitische Behandlung. Ein positiver Wassermann, der mit dem klinischen Befunde in Widerspruch steht, muß in einigen Tagen wiederholt werden. Sehr oft, wenn es sich nicht um Syphilis handelt, wird der Wassermann das zweitemal negativ ausfallen. Ergibt die sorgfältigste klinische Untersuchung nichts, was für Syphilis spräche, und der Wassermann ist doch positiv, so liegt wahrscheinlich keine Syphilis vor. Eine Probebehandlung wird in zweifelhaften Fällen lehren, daß die Klinik fast immer recht hat. Die Behandlung der Syphilis soll in dem alten Fournierschen Sinne geleitet werden; falsch wäre es, immer nur die Symptome behandeln zu wollen; ebenso falsch wäre es, sich nur nach der WR zu richten. Ebenso wie der diagnostische Wert der WR nur mit äußerster Vorsicht zu bemessen ist, so ist dieselbe Reserve am Platze, wenn es sich um Ehe, Nachkommenschaft und Lebensversicherung handelt. Man soll sich immer bewußt bleiben, daß diese Reaktion spezifisch weder in ihren Antigenen noch in ihren Resultaten ist, und daß die Hauptsache eine gute klinische Schulung bleibt.

Sur le prurit décalvant lymphadénique (Leucémides prurigineuses et prurigo lymphadénique), von A. Nanta und L. Baudru. Aus der mitgeteilten Krankengeschichte, die ein 20jähriges Mädchen betrifft, ist hervorzuheben: Keine erbliche Belastung, persönliche Vorgeschichte ohne Befund. Affektion begann vor 5 Jahren mit Jucken an den Unterschenkeln. Mit Erscheinen des Pruritus fielen die Haare ständig mehr aus; jetzt ist der Kopf bis auf einige kurz abgebrochene Haare ganz kahl; Augenbrauen und Wimpern fehlen. Die Lymphdrüsen schwollen bis zu Eigröße. Die Haut hat ein braunes Kolorit und ist stark lichenifiziert. Nach Anwendung einer reizenden Salbe entstehen

Digitized by Google

polymorphe Prurigoknötchen, die sich nach Fortlassen der Salbe wieder rückbilden. Die Durchleuchtung ergibt eine erhebliche Drüsenschwellung im Mediastinum. Die hämatologische Untersuchung ergibt 5208000 rote und 22000 weiße Blutkörperchen. Tuberkulinreaktion fällt negativ aus. Die histologische Untersuchung einer Drüse ergibt nur eine starke Sklerose, wie man sie bei allen älteren Prozessen von Lymphomatose sieht, die sich unter Röntgen rückgebildet haben; die Haut erwies sich relativ normal außer einer leichten Zunahme der Hornschicht und des Pigments. Verff. sind der Ansicht, daß der vorliegende Krankheitsfall zu der von DUBREUILH aufgestellten Krankheitsgruppe gehört. Es liege nur eine besondere Varietät der „Prurigo lymphadénique DUBREUILH" vor.

Die Behandlung des schankrösen Bubo nach der FONTANschen Methode (Sur le traitement du bubon chancrelleux par la méthode de FONTAN), von E. BODIN. Sobald eine kleine Erweichung eintritt, einschneiden, den Eiter ausdrücken, ausspülen und Einspritzen von Jodoformglyzerin.

Beseitigung einer Leukoplakie der Wangenschleimhaut durch eine einzige Behandlung mit Kohlensäureschnee (Placard de leucoplasie de la muqueuse buccale détruit par une seule application de neige carbonique), von P. RAVAUT et GALLERAND. Diese Methode zeichnet sich durch ihre Einfachheit, ihre Unschädlichkeit und durch prompten Erfolg vor allen anderen Methoden aus.

Über den vermeintlichen Leprösen auf dem Polyptychon des Meisters Grünewald im Museum zu Kolmar (Sur le prétendu lépreux du polyptyque de Grunewald au musée de Colmar), von THIBIERGE. Auf dem Altarflügel, welcher die Versuchung des heiligen Antonius darstellt, befindet sich auch ein Kranker, über dessen Leiden mehrere Theorien existieren (Syphilis mutilans, Lepra und Pest). TH. kommt nach sorgfältiger Prüfung vom dermatologischen Standpunkte aus zu dem Schluß, daß wir in dem Unglücklichen von Isenheim einen Mann zu sehen haben, betroffen von Ergotismus, von Pyodermien und von kachektischem Aszites.

Nr. 4.

Zur Ätiologie der Alopecia areata (Sur l'étiologie de la pélade), von SABOURAUD. Die Alopecia areata scheint ein Syndrom: man trifft sie erblich in einigen Familien; oder in Verbindung mit Vitiligo oder mit Struma und Exophtalmus; oder bei der Frau als frühes bzw. spätes Zeichen der Menopause; oder bei dem jungen Menschen in Beziehung zu dem erschwerten, späten Durchbruch des Weisheitszahnes. Lange fortgesetzte klinische Beobachtung muß festzustellen suchen, wieviel von den Erkrankten alte Syphilitiker sind und besonders wieviel mehr oder weniger versteckte Erblichsyphilitische sind. Eine lange Zeit fortgesetzte merkurielle Behandlung bestätigt oft durch ihre Wirksamkeit diese Vermutung. Bei Basedow wird man organotherapeutisch behandeln, bisweilen sieht man von der Extraktion eines Weisheitszahnes Nutzen. Bei der Alopecia areata in der Kindheit und Jünglingszeit sah Verf. sehr oft Nutzen vom Sirop Gibert, gleichgültig, ob die väterliche Syphilis sichergestellt oder nur vermutet wird. Eine sehr wichtige Regel ist es, nicht nur die befallenen Stellen zu behandeln, sondern, was wesentlich ist, die ganze Kopfhaut mit Teeröl zu desinfizieren. Für die Plaques selbst eignet sich Chrysarobin-Chloroform 1%.

4 Fälle von Acrodermatitis suppurativa continua (HALLOPEAU) (Note sur quatre cas d'acrodermatite suppurative continue d'HALLOPEAU), von E. BODIN. Im ersten Falle bestand unzweifelhaft ein Zusammenhang der Affektion mit der Menstruation; während Schwangerschaft und Puerperium hörte regelmäßig die Blasenentwicklung auf. Im zweiten Falle ließ sich ein Zusammenhang vermuten zwischen der Blasenbildung an den Händen und den vielen Traumen, denen die Hände bei der schmutzigen Arbeit eines Steinschneiders ausgesetzt waren; doch möchte Verf. diesem Umstande nur sekundäre Bedeutung beimessen. Die anderen 2 Fälle betrafen Kinder, wo die Ätiologie völlig dunkel blieb. Was die Einordnung dieser Affektion betrifft, die AUDRY „Phlyctaenose récidivante" genannt hat, so wird man nicht umhin können, zuzugeben, daß sehr große Analogien bestehen mit gewissen lokalisierten Formen der Dermatitis herpetiformis DUHRING.

Lymphadenom des Mundes und Wurzelspitzengranulom (Lymphadénome de la bouche et granulome alvéolo-dentaire), von A. NANTA. Das isolierte Lymphadenom der Wangenschleimhaut ist selten; diese Schleimhaut nimmt dagegen sehr häufig an der lymphadenischen Neubildung teil, wenn diese die Tegumente befiel. Verf. wirft die Frage auf, ob nicht das Wurzelspitzengranulom, das die Zahnärzte so häufig nach der

Digitized by Google

Extraktion kariöser Zähne sehen, in ätiologischer Beziehung zu dem Lymphadenom der Wangenschleimhaut steht. Verf. hat diese kleinen Tumoren untersucht und gefunden, daß histologisch diese sogenannten Granulome darstellen a) Lymphome, b) Plasmozytome und c) Lymphogranulome.

Übertragung eines Eczema marginatum auf den Ehegatten (Contagion conjugale de l'epidermophyton inguinale), von Malherbe-Nantes. Das Besondere des Falles lag außer der Übertragung auf die Ehefrau noch in der Lokalisation außerhalb der Leistenbeugen und in der Resistenz gegen die gebräuchliche Therapie.

Pseudoschanker an der Lippe durch fusospirilläre Symbiose (Pseudo-chancres des lèvres à symbiose fusospirillaire), von Jamin-Tunis. Der Schanker ähnelte durchaus einem syphilitischen, und zwar einem hypertrophischen oder impetiginösen Schanker. Mikroskopisch fanden sich massenhaft Bazillen in Symbiose mit Spirillen wie bei der Angina Vincenti. Heilung durch eine Salvarsaninjektion.

Syphilis; Tod durch Neosalvarsan (Syphilis. Mort par le novarsénobenzol), von Chatellier. 25jähriger kräftiger Mann; Schanker; erhält 0,75 Neosalvarsan zweimal in 7tägiger Pause. 3 Tage danach Exitus im Koma mit epileptiformen Krisen. Adrenalin usw. ohne jeden Nutzen. Sprinz-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Menschenzucht, von Franz Kisch. (A. Markus & E. Webers Verlag, Bonn 1920. Preis kartoniert mit Teuerungszuschlag 8,40 M.) Tagtäglich trifft man in den Anzeigespalten der politischen Blätter auf reklamehafte Angebote von „Aufklärungsschriften", die durch die mehr oder minder unverhüllt zutage tretenden Hinweise auf den Inhalt der Bücher mehr auf die Tasche der Lüsternen und Neugierigen, denn auf die reinen Wünsche wahrhaft Suchender eingestellt sind. In diesem Wust von Schundliteratur war es dem Arzt und Menschenfreund recht schwer gemacht, seinen Schutzbefohlenen ein Buch in die Hand zu geben, das sich einmal frei von falscher Schamhaftigkeit und Unklarheiten, zum andern aber auch frei von jenem Halbverhüllenden oder gar roh darstellenden Geschreibsel hielt, das auf jeden einigermaßen zart fühlenden Menschen so abstoßend wirken muß. Kischs Arbeit hält sich von allen diesen Fehlern frei und ist daher eine wertvolle Stütze für die Aufklärung heranwachsender Menschen beiderlei Geschlechts. Der Titel „Menschenzucht" erscheint mir für das warmherzig geschriebene Werkchen fast als zu kalt gewählt. O. Gans-Heidelberg.

Dittes Handbuch der Seifenfabrikation. 4. Auflage, Bd. 1: Hausseifen, Textilseifen und Seifenpulver. Unter Mitwirkung von Otto Spangenberg herausgegeben von Dr. Walther Schrauth. (Berlin 1917, Julius Springer.) Das etwa 400 Seiten starke Werk behandelt in knapper Form die Geschichte der Seifenfabrikation, die Rohstoffe, die maschinellen Hilfsmittel, die chemische Untersuchung sowie die Kalkulation und Analysenberechnung. Besonders eingehend wird die spezielle Technologie der Seifen erörtert. Durch die elementare und doch erschöpfende Darstellung der chemischen und physikalischen Prozesse wird hier auch dem Praktiker, der über keine chemische Ausbildung verfügt, ein willkommenes Hilfsbuch über die Fabrikation gegeben. Für den Mediziner wird dieser Band nur als Nachschlagewerk in Frage kommen. Dagegen dürfte man dem 2. Band, in welchem die Toilettenseifen und medizinischen Seifen behandelt werden sollen, mit großem Interesse entgegensehen.

Eugen Unna-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Verlegung des Ureters durch abnormen Verlauf eines Blutgefäßes der Niere, von R. P. Rowlands-London. (Brit. m. J., 9. Juni 1917, Nr. 2945.) Im Laufe von acht Jahren hat Verf. acht Fälle beobachtet, bei denen eine Verlegung des Ureters durch einen abnormen Verlauf der Blutgefäße zur Niere, meistenteils der Arterienäste, be-

Digitized by Google

wirkt wurde. Die weiteren Folgen sind dann Hydronephrose und auch Konkrementbildung in der Niere. Man findet dann, daß ein Blutgefäß ziemlich weit nach unten hin von hinten her statt von vorn in das Nierenbecken eintritt. Die dabei entstehenden Symptome beziehen sich vorwiegend auf Schmerzempfindungen, gelegentliche kolikartige Attacken und in der Zwischenzeit dumpfe, ziehende Schmerzen und Gefühl von Völle. Die Behandlung besteht in der möglichst frühzeitigen Operation, Unterbindung und Durchschneidung des abnormen Gefäßes. Abgesehen von einem Falle, der einige Tage nach der Operation an einem perforierten Solitärgeschwür im unteren Ileum zugrunde ging, war die Operation bei allen Kranken erfolgreich. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Diagnose und Operation einer überzähligen pyonephrotischen Niere, von Israel-Berlin. (B. kl. W., 1918, Nr. 45.) In der Gegend der linken Niere lag ein mit Eiter gefüllter, glattwandiger Hohlraum, der einen Verbindungsgang nach dem Genitalapparat haben mußte, weil vaginale Entleerung von Eiter nach Eröffnung des Sackes versiegte, andererseits der geschlossene Sack sich stets erneut auffüllte, sobald der Scheidenfluß stockte. Um Pyonephrose der linken Niere konnte es sich nicht handeln, da Zystoskopie und Ureterkatheterismus zeigten, daß die linke Niere normalen Urin an normaler Stelle in die Blase entleerte. Die Entscheidung, ob überzählige erkrankte Niere oder zwei getrennte Kelchsysteme mit zwei getrennten Nierenbecken, deren eines pyonephrotisch erkrankt und mit einem abnorm inserierenden Ureter versehen war, welche Alternative nur übrigblieb, erbrachte das nach Einlegen von Kathetern sowohl in die linke Niere wie durch die Fistel in den Hohlraum aufgenommene Röntgenbild, das einmal normale Form und Größe der linken Niere ergab, andererseits infolge Aufrollung des Katheters in dem Hohlraum dessen Lage erkenntlich machte. Nach Exstirpation des Sackes durch Komplikationen protrahierte gänzliche Heilung.

E. Klemm-Leipzig.

Zur Frage der Nephrose, von Th. Fahr. (B. kl. W., 1918, Nr. 42.) Gegenüber anderen möchte Verf. trotz Berührungspunkten und trotz Grenzfällen, die durch Kombinationen aller Art entstehen können, daran festhalten, daß die von ihm als Nephrose bezeichneten Fälle prinzipiell von der Glomerulonephritis, auch von ihrer schleichenden Form, zu trennen sind. Auf Glomerulusveränderungen in späteren Stadien der Nephrose (und zwar degenerative Prozesse, Hyalinisierungen an den Glomeruluskapillaren) hat Verf. schon hingewiesen und schreibt ihnen eine sehr wesentliche Bedeutung für das Chronischwerden des Prozesses zu. Hingegen hält er es für zu weitgehend, die Alteration der Glomeruli bei der Nephrose als das allein Ausschlaggebende zu betrachten und die Epithelveränderung als belanglos beiseitezuschieben. Den beiden Prozessen der Nephrose und der Nephritis liegt nach Verf. ein prinzipiell verschiedenartiges pathologisches Geschehen zugrunde. Bei der Nephritis handelt es sich um eine Reaktion der lebendigen Substanz auf eindringende Schädlichkeiten, defensive Regulationen, bei der Nephrosis um primär degenerative resp. infiltrativ degenerative Vorgänge.

E. Klemm-Leipzig.

e. Weibliches Genitale.

Über zwei Fälle von Vulvitis, welche durch Sekretansammlung in den Tysonschen Drüsen bedingt waren, von J. D. Malcolm. (Brit. m. J., 20. Juli 1918, Nr. 3003.) Bei einer 75jähr., wohl situierten Patientin wurde ein gangränös gewordenes Stück der vorgefallenen Harnröhre erfolgreich abgetragen. Nebenbei bestand seit mehreren Jahren ausgesprochene Vulvitis mit starkem Juckreiz. Bei genauerer Untersuchung fand sich unter dem Praeputium clitoridis eine erhebliche Ansammlung von eingetrocknetem Drüsensekret. Nach Entfernung desselben heilte auch die Vulvitis. Der zweite Fall betraf ein Kind von $2^1/_2$ Jahren, das besonders wegen des bestehenden üblen Geruchs zur Behandlung gebracht wurde. Zur Untersuchung war Narkose nötig. Das Praeputium clitoridis zeigte an einigen Stellen Verwachsungen, welche mit dem Messer gelöst werden mußten. Unter dem Präputium sah und fühlte man etliche kleine Körnchen, die sich nach der Freilegung als induriertes Drüsensekret erwiesen. Heilung.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Die Behandlung von venerischen Krankheiten, von A. Reid und P. H. Boyden. (Brit. m. J., 8. Februar 1919, Nr. 3032.) Während ihrer militärärztlichen Tätigkeit haben Verff. Gelegenheit gehabt, bei vielen Tausenden von Soldaten die Wirksamkeit von

Digitized by Google

Kaliumpermanganat als Prophylaktium gegen venerische Infektion zu erproben. Jeder Soldat erhielt auf Wunsch eine 30 g-Flasche mit 1‰iger Lösung von Kalium permanganicum nebst einer Portion Watte mit der Anweisung, sofort nach geschlechtlichem Verkehr den Penis in angemessener Weise zu desinfizieren. Die Zahl der seitdem zur Behandlung gelangenden venerischen Erkrankungen war verschwindend klein und umfaßte nur sechs Fälle von Blennorrhoe und zwei von Syphilis. Das früher zum gleichen Zweck verwendete Nargol hatte sehr wenig befriedigende Resultate ergeben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bekämpfung venerischer Erkrankungen in Ägypten während des Krieges, von J. W. Barrett-Melbourne. (Brit. m. J., 1. Februar 1919, Nr. 3031.) Nach den von B. hier mitgeteilten sehr überzeugenden Beobachtungen ist das beste Mittel zur Verheilung und eventuellen Ausmerzung venerischer Erkrankungen die alsbaldige Desinfektion bzw. Anwendung spezifisch antiparasitärer Mittel sofort nach dem Bestehen einer Infektionsgefahr. In der englischen Armee in Ägypten kamen vor der Überführung derselben zu dem Gallipolifeldzug Erkrankungen in der Höhe von 2,5—3% des Gesamtbestandes vor. Trotz aller Versuche, durch ethische und moralische Beeinflussung seitens der Geistlichkeit und anderer trat eine Besserung erst ein, als bestimmte Anstalten vorgesehen wurden, wo die Mannschaft nach stattgehabter Infektionsgefahr behandelt werden konnte, und außerdem Desinfektionsmittel in Päckchenform an alle Applikanten zur Verteilung kamen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Geschlechtsleben der Jugend, Schule und Elternhaus, von E. Meirowsky. (Flugschriften der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Leipzig, 1919, J. A. Barth.) Daß die vorliegende Schrift bereits in sechster Auflage erschienen ist, spricht für ihre Notwendigkeit und ihren Wert. Auch wer die Verhältnisse einigermaßen kennt, wird aus ihr erneute Anregungen und Belehrungen gewinnen, wenn er, fast möchte ich sagen mit Entsetzen, von den aus zwei durch Nachfragen bei Ärzten und Studierenden gewonnenen Statistiken den Umfang der Masturbation und des verfrühten geschlechtlichen Verkehrs, die Veranlassung dazu und die der Schule und dem Elternhause mit Recht vorgeworfenen Unterlassungssünden kennenlernt. Die Berichte über Geschlechtsverkehr mit den Schülerinnen höherer Mädchenschulen zeigen, daß nicht nur von der männlichen Jugend gesündigt wird. Die Sexualerziehung ist ein Teil der Gesamterziehung, im großen und ganzen ist das Elternhaus zur Zeit nicht imstande, seine erzieherischen Pflichten zu erfüllen. Auch die Schule hat bisher versagt, sie begünstigt sogar in mancher Hinsicht durch die Art ihres Betriebes die Laster. In der Aufklärung müssen die Pädagogen die Führung übernehmen, erforderlich ist hygienischer und biologischer Unterricht, über dessen Ausführung nähere Angaben gemacht werden. Zu fordern ist ferner Kampf gegen die Schülerverbindungen, Alkohol, Schund- und Schmutzliteratur. Charakterbildung und Willenserziehung müssen in den Vordergrund des ganzen Schulwesens treten. Der Zweck der Schrift, die Frage der geschlechtlichen Jugenderziehung in Fluß zu bringen, wird sicher erreicht werden.

E. Levin-Berlin.

Zur Lösung des Prostitutionsproblems, von Walther Pick. (W. m. W., 1919, Nr. 19.) Die Prostitution ist ein Gewerbe und muß als solches denselben Schutz genießen, wie alle anderen, welche für die Gesellschaft nützlich und notwendig sind. Die Ausübung desselben darf nur körperlich und geistig Gesunden gestattet werden. Das Bildungsniveau der Prostituierten ist durch Schulen zu heben. In diesen ist neben einem gewerblichen Unterricht auch ein solcher auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten zu geben. Um die Prostituierten vor Ausbeutung zu schützen, sollte die ganze Institution verstaatlicht werden: strenge Bestrafung der unbefugten Ausübung der Prostitution ohne Gewerbeschein oder durch Kranke, Krankenkassen, Alters- und Invaliditätsversicherung. H. Vörner-Leipzig.

Die soziale Bedeutung und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von E. Finger. (W. m. W., 1919, Nr. 23.) Die Bedeutung und Verbreitung von Blennorrhoe und Syphilis wird an der Hand statistischer Tabellen klargelegt. Die Bekämpfung der Krankheiten durch die Reglementierung der Prostituierten hat sich nicht ausreichend bewährt. Denn die Prostitution ist nicht die Hauptquelle der Ansteckung. Die Bekämpfung geschieht vielmehr durch Behandlung und Beratung der Erkrankten, weiterhin durch Maßnahmen, welche zur Verstopfung der Infektionsquelle führen: Anzeigezwang, Untersuchungs- und Behandlungspflicht, Strafverfolgung bei Gefährdung mit einer Geschlechtskrankheit und Aufklärung. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Das Auftreten äußerer heterosexueller Geschlechtsmerkmale bei Hypogenitalismus, von ALFRED ALEXANDER-Berlin. (B. kl. W., 1918, Nr. 40.) Bericht über einen Fall von weiblichem, sozusagen erworbenem Hypogenitalismus mit äußeren heterosexuellen Geschlechtsmerkmalen (Kleinwerden der Brüste, Schwinden des Fettpolsters an Hüften, Nates und Mons veneris, Ausgehen der Kopfhaare, Bartwuchs, Stimmmutation u. a.) bei einer 34jähr. kinderlosen Frau. Innere Genitalien wohl immer infantil gewesen, wofür die Sterilität spricht. Die Ursache aller dieser Erscheinungen erblickt Verf. in der Wechselwirkung der endokrinen Drüsen und in der Einstellung der innersekretorischen Funktion seitens der weiblichen Zellen der Keimdrüsen, sowie im Ausfall der weiblichen Sexualhormone und der dadurch verursachten Aufhebung der Entwicklungshemmung der heterosexuellen Geschlechtsmerkmale.

E. Klemm-Leipzig.

Dermatologischer Unterricht. Krankenhauswesen.

Einige praktische Anweisungen für die Führung einer venerischen Klinik, von E. F. SKINNER-Sehffield. (Brit. m. J., 24. Mai 1919, Nr. 3047.) Verf. beschreibt die Behandlung von frischer Syphilis mit Salvarsanpräparaten und Quecksilber und schildert verschiedene technische Einzelheiten, welche die schnelle Erledigung einer möglichst großen Zahl von Kranken ermöglichen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Lehrgang beim Unterricht über venerische Erkrankungen, von D. WATSON. (Brit. m. J., 12. Januar 1918, Nr. 2976.) In England, wie auch anderswo, werden Reformen in bezug auf den medizinischen Unterricht im allgemeinen und auch speziell in bezug auf den Unterricht auf dem Gebiete der venerischen Erkrankungen zur Zeit dringend gefordert. Verf. betont die Notwendigkeit, bei jedem medizinischen Lehrinstitut besondere Lehrkräfte und besondere Räume, klinische und poliklinische, für venerische Krankheiten bereitzuhalten. Zum mindesten müßte ein Kurs von zwölf Vorträgen über Blennorrhoe einerseits und Syphilis andererseits obligatorisch gemacht werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Leistungen einer Klinik für venerische Krankheiten, von O. L. RHYS-Cardiff. (Brit. m. J., 19. Oktober 1918, Nr. 3016 und 20. September 1919, Nr. 3064.) In dem ersten Artikel berichtet Verf. kurz über die ersten 500 Fälle, welche in der Klinik zu Cardiff an venerischen Erkrankungen behandelt wurden, und im zweiten über weitere 1000, im ganzen also 1500 Fälle in relativ kurzer Zeit. Es wurden nur Männer behandelt. Versuche, die Herkunft der Infektion festzustellen, wiesen zwar in der Mehrzahl der Fälle auf gewerbsmäßige Prostituierte hin, aber bei der zweiten Serie, welche die Zeit vom Oktober 1918 umfaßt, macht sich eine sehr erhebliche Steigerung der Übertragung aus anderen Quellen bemerkbar. Verf. betont auch die anscheinend unüberwindliche Abneigung der Männer gegen alle prophylaktischen Maßregeln; meistenteils handelte es sich dabei um Bergleute und Handwerker, von denen die Mehrzahl auch im Kriegsdienst gestanden hatte. Der älteste Patient war ein 81jähr. Mann mit einer acht Tage alten Blennorrhoe, der jüngste ein 11jähr. Knabe mit einem Primärsyphilid am Penis. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Die Wechselbeziehungen zwischen Vincentscher Angina und peridentaler Gingivitis, von F. E. TAYLOR und W. H. MC KINSTRY. (Brit. m. J., 31. März 1917, Nr. 2935.) Die bei der Angina Vincenti ätiologisch wirksamen Mikroorganismen, die Spirillen und der B. fusiformis Vincenti, sind bekanntlich nicht auf die Tonsillen und Gaumenbögen allein beschränkt, sondern bedingen auch oftmals weiter noch eine Stomatitis und Gingivitis. Umgekehrt haben Verff. bei zahlreichen Personen eine peridentale Gingivitis beobachtet mit fusospirillärer Infektion auch ohne Vincentsche Angina. Diese Fälle werden oft mit Pyorrhoea alveolaris verwechselt. Die Untersuchung von 70 Fällen von Vincentscher Krankheit aber ergab bei jedem einzelnen Falle auch das Vorhandensein der Zahnfleischaffektion. Umgekehrt waren von 150 Fällen von Gingivitis 70 auch mit Angina behaftet, wie auch durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt wurde. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die gerichtsärztliche Beurteilung von Salvarsantodesfällen, von HERMANN KATSCH. (Diss., Königsberg 1918; Institut für gerichtliche Medizin, Prof. PUPPE.) Indikationsstellung und Ausführung der Salvarsanbehandlung müssen einwandfrei sein. Es dürfen keine Verstöße gegen die Asepsis vorliegen, durch die der Tod bedingt ist.

Digitized by Google

Dem Wasserfehler kommt eine praktische gerichtsärztliche Bedeutung nicht zu, vorausgesetzt, daß frisch sterilisiertes destilliertes Wasser verwandt wird. Die Lösung des Salvarsans muß frisch bereitet und sofort verwendet werden. Die Höhe der Einzeldosis soll bei Männern 0,6 nicht überschreiten. Bei Serieninjektionen ist der Nachweis der gänzlichen Ausscheidung des Salvarsans durch Anstellen der Abelinschen Probe oder ihrer Modifikation nach GERHARD MÜLLER zu fordern, damit kumulative Wirkungen vermieden werden. Gegenanzeigen sind: organische Herzleiden, Arteriosklerose, Aneurysma, Aortitis, Apoplexie, schwere Nephritis, Hepatitis, Tuberkulose der Lungen, Diabetes, Anaemia gravis, degenerative Prozesse am Zentralnervensystem, weil bei diesen Zuständen entweder bald nach der Injektion oder längere Zeit darauf, immer aber in ursächlichem Zusammenhang mit ihr, der Exitus eintreten kann. Der Arzt trägt dann die Verantwortung, wenn die Krankheit erkennbar war, vom Arzt aber übersehen ist. Zu den Gegenanzeigen ist ferner auf Grund gerichtsärztlicher und pädiatrischer Erfahrungen auch der Status thymico-lymphaticus zu rechnen. Die Feststellung dieser Konstitutionsanomalie kann u. a. durch Nachweis des Schriddeschen Zeichens erfolgen. (Anwesenheit zahlreicher Balgdrüsen am Zungengrund.) Die kurz nach der Injektion auftretenden Todesfälle, die häufig unter den Erscheinungen einer Encephalitis hämorrhagica erfolgen, bleiben hinsichtlich ihrer Auslösung ungeklärt, wenn schon ihr ursächlicher Zusammenhang mit der Salvarsaninjektion feststeht. Hat der Arzt in diesen Fällen die Injektion bei körperlichem und psychischem Wohlbefinden des Patienten gemacht, so liegt ein Unglücksfall vor, der als Enderfolg nicht vorauszusehen war und für den der Arzt deshalb keine Verantwortung trägt. Er trägt aber die Verantwortung, wenn er etwa die Behandlung ambulant bewerkstelligte und sich der Möglichkeit, über das Wohlergehen des Patienten zu wachen, beraubte. F. Weiler-Leipzig.

Zu GUIDO v. PROBIZERS 70. Geburtstage, von RILLE-Leipzig. (W. kl. W., 1919, Nr. 29.) Biographische Daten und Würdigung der großen Verdienste P.s um die Bekämpfung der Pellagra in Südtirol. R. Frühwald-Leipzig.

Die militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens und der militärischen Versorgung bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von TOUTON-Wiesbaden. (B. kl. W., 1918, Nr. 34/35.) Ohne weiteres Kriegsbrauchbarkeit ausschließend sind chronische, insbesondere ekelerregende oder ansteckende Erkrankungen der Haut und ihrer Gebilde. Im übrigen muß die Beurteilung von Fall zu Fall erfolgen. Zu den ohne weiteres dienstunfähig machenden Dermatosen zählt Verf. alle offenen Hauttuberkulosen, Lupus allerdings nur mit Einschränkung, ferner Lepra, bösartige Neubildungen, Sklerodermie, chronische Pemphigusfälle, Prurigo gravis, schließlich Epidermolysis bullosa congenita, idipathische Hautatrophie, Reynaudsche Krankheit. Ekzeme zählen hierzu nur dann, wenn sie universell oder sehr ausgebreitete sind und der Behandlung entweder ganz trotzen oder große Schwierigkeiten in den Weg legen, ferner universeller Lichen ruber acuminatus, nicht aber auch ausgedehnterer Planus. Geschlechtskranke sind kriegsbrauchbar, wenn sonst keine körperlichen Fehler dem entgegenstehen, und wenn nicht eine Herstellung zur Kriegsbrauchbarkeit in absehbarer Zeit völlig ausgeschlossen ist. Vielfach andere Beurteilung erfordern syphilitische Nachkrankheiten, Aortitis und Aortenaneurysma, Paralyse, Tabes, die gänzlich dienstunfähig machen, Tabes wenigstens, wenn sie ausgesprochen und im Fortschreiten begriffen ist. Für initiale und vollständig zum Stillstand gekommene Fälle von letzterer kommt hingegen beschränkte Dienstfähigkeit in Betracht, ebenso für Fälle von Hirnsyphilis. Blennorrhoe kann infolge Dienstschädlichkeiten zu Verschlimmerungen, den bekannten Komplikationen, infolge davon zu Dienstentlassung und Entschädigungsansprüchen führen. Von den zum Schluß angeführten prophylaktischen Maßnahmen hält Verf. für das wirksamste Mittel die allgemeine Einführung der obligatorischen, persönlichen Prophylaxe. E. Klemm-Leipzig.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über eine nach innen gerichtete Schutzfunktion der Haut (Esophylaxie) nebst Bemerkungen über die Entstehung der Paralyse, von ERICH HOFFMANN-Bonn. (D. m. W., 1919, Nr. 48.) Das menschliche Hautorgan bewahrt den Körper nicht nur vor äußeren Schädigungen, sondern besitzt auch eine Schutzfunktion für die inneren Organe, etwa im Sinne eines Organs mit innerer Sekretion. Zur Erhärtung dieser Theorie weist H. unter anderem hin auf das relativ häufige Freibleiben der inneren Organe bei ausgedehnter Syphilis oder Tuberkulose der Haut, auf die Rolle der Haut bei den

Digitized by Google

exanthematischen Infektionskrankheiten, auf die Lehre von der Hautallergie und Immunität und die darauf sich gründende Therapie (Impfung bei Pocken, bei Lues [Luetin], bei Tuberkulose, Trichophytie usw.), auf die Erfolge von Schwitz-, Schmierseifen- und Quecksilberschmierkuren, die die Hautfunktion wohl in vermehrtem Grade anregen, ferner auf unleugbare Heilwirkung allgemeiner Lichtbäder (Höhensonne) auf innere Krankheitsherde trotz ihrer wenig penetrationsfähigen Strahlen, die dazu führt, eine Produktion besonderer immunisierender Stoffe seitens der Haut anzunehmen. Daß Tabiker und Paralytiker im Sekundärstadium meist nur geringe Hauterscheinungen hatten, spricht auch dafür, daß in den Hautherden die größte Produktion von Schutzstoffen stattfindet. H. nimmt an, daß die Infektion des Nervensystems bereits in der Frühperiode vor sich geht, an ein „Virus nerveux" glaubt er nicht. Während in den Lymphdrüsen, die reich an lymphoiden und adventitiellen Zellen sind, die gut durchblutet sind, und gerade so wie die Haut, die Spirochäten in der Primär- und in der frühen Sekundärzeit zugrunde gehen, können sie sich in dem gefäßarmen Hirn, das nur ungenügende Abwehrentzündung zu produzieren vermag, erhalten. — Auf Grund dieser Hypothese von der biologischen Schutzfunktion der Haut (Esophylaxie) ließen sich vielleicht Versuche machen, bei älterer Lues I oder Lues II mit geringen Hauterscheinungen in steigender Menge Luetin zu spritzen, um eine künstliche Allergisierung zu erzeugen. E. Brinitzer-Altona.

Das Haarkleid des Rindes, von Fritz Bethcke. (Vet.-med. Diss., Leipzig 1917.) Die Ergebnisse der an 90 Rindern vorgenommenen Untersuchungen über die am Haarkleid des Rindes vorkommenden Haarfiguren. F. Weiler-Leipzig.

Notiz über das Integument von Balistes, von Rautber. (Anat. Anz., Bd. 52, Nr. 11/12.) Zu kurzem Referat nicht geeignet. W. Haas-Hamburg.

Zur Funktion und Beeinflußbarkeit des Kapillarsystems, von J. Löwy-Prag. (M. Kl., 1920, Nr. 6.) Verf. bespricht die Funktion des Kapillarsystems namentlich in bezug auf das Ödem und die Wechselbeziehungen mit dem subkutanen Bindegewebe. Bei frischem Ödem fand er die optische Dichte bei refraktometrischer Bestimmung analog derjenigen des enteiweißten Blutserums; bei länger bestehendem Ödem war der Eiweißgehalt deutlich vermehrt. In eingehender Darstellung bespricht Verf. ferner die Wirkung von Bädern auf die Kapillaren. Bemerkenswert sind auch die neueren Beobachtungen über das Verhalten der Kapillaren an den Roseolen bei Typhus exanthematicus und abdominalis und ferner die noch näher zu untersuchenden Beziehungen, welche zwischen der Schilddrüse und dem subkutanen Bindegewebe zu bestehen scheinen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mikroskopische Technik.

Eine neue Methode zur Lösung und Verwendung von Eosin-Methylenblau, von Hollborn-Leipzig. (D. m. W., 1919, Nr. 44.) Bisher diente zur Lösung der Eosin-Methylenblau-Farbstoffe Methylalkohol. Die Kohlennot hat aber auch die Fabrikation des Methylalkohols gelähmt, so daß es schon seit Monaten schwer ist, solchen zu erhalten. Um diesem Mangel wenigstens vorübergehend abzuhelfen, stellt der Verfasser Eosin-Methylenblau-Farbstoffe her, die sich in heißem Glyzerin lösen. Man nimmt 0,5 g des Farbstoffes auf 50 g erwärmtes Glyzerin, schüttelt häufig um und bewahrt die Lösung in gut verschlossener Flasche auf. Will man damit färben, so mischt man unmittelbar vor dem Gebrauche zwei Tropfen der Lösung mit 2 ccm destillierten Wassers und gießt diese Mischung auf den vorher fixierten Ausstrich. Nach 10—30 Minuten spült man das Präparat mit destilliertem Wasser ab, trocknet es vorsichtig und schließt es in neutralen Balsam ein. Wenn Methylalkohol oder Äthylalkohol nicht zur Verfügung steht, kann das Fixieren des Präparates auch durch Hitze erfolgen.

E. Brinitzer-Altona.

Über die Färbung der Tuberkelbazillen mit alkoholischem, milchsaurem Methylenblau, von Gasbarrini. (Policlinico, Bd. 26, H. 28.) Nach Färbung mit Ziehlscher Lösung wie gewöhnlich entfärben mit einer alkoholischen milchsauren Methylenblaulösung 2—3 Minuten. Die Lösung besteht aus Methylenblau im Überschuß, Milchsäure 40 ccm, Aqua dest. 160 zu einem Teil und 95%igem Alkohol zu vier Teilen. Sie entfärbt mit Sicherheit alle Nicht-Tuberkelbazillen. W. Haas-Hamburg.

Eine neue und einfache Form für die Romanowskyfärbung, von Romanese. (Policlinico, Bd. 26, H. 28.) Fixieren 5 Minuten in Methylalkohol. Nach Abfluß des Alkohols, ohne zu waschen, 20—25 Minuten färben mit der Farbmischung, zwei Tropfen pro ccm destillierten Wassers; kräftig abwaschen. Darstellung der Farbmischung: Man

Digitized by Google

löst 0,75 Methylenblau in 50 ccm 95%igen Alkohols und 50 ccm Glyzerin. Dazu 3 ccm 10%ige Pottaschelösung und 1/4 Stunde kochen lassen. Dann 35 ccm einer 1%igen alkoholischen Eosinlösung hinzu und nochmals 1/4 Stunde kochen. Dann auffüllen mit 95%igem Äthylalkohol auf 100 ccm und etwa eine Woche geschlossen stehen lassen.
W. Haas-Hamburg.

Eine saure Polychrom-Methylenblaulösung für schnelle und Spezialfärbung, von E. W. Goodpasture-Boston. (J. Am. m. Assoc., 1917, Bd. 69, Nr. 12.) Die Lösung wird hergestellt aus Methylenblau 1,0, Kaliumkarbonat 1,0 auf 400,0 Aqua dest.; bei 30 Minuten langem Kochen in einer Flasche wird das Methylenblau polychrom, der größte Teil präzipitiert. Nach Erkalten der Lösung wird Eisessig 3 ccm zugesetzt und tüchtig bis zur Lösung des Niederschlages geschüttelt, dann 5 Minuten oder bis die Lösung auf ein Volum von 200,0 konzentriert ist, gelinde gekocht. Die Lösung gibt keine Niederschläge und hält sich unbegrenzt. Gefrierschnitte werden zur Färbung in ein Schälchen mit wenigen ccm Lösung gelegt, 1 Minute lang, in Wasser gewaschen, in Wasser oder Glyzerin, besser Wasser gebettet; guter Kontrast: Kerne tief purpurfarben, Gewebe leuchtend rot. Saure polychrome Methylenblau- und Eosinfärbung erwies sich sehr geeignet zur Differentialfärbung von Zymogen und Alpha- und Betagranulis im Pankreas. 40%ige Formaldehydlösung wird neutral mit einem Überschuß von Kalziumkarbonat oder Bleioxyd aufbewahrt; unmittelbar vor Fixierung des Gewebes werden 10 ccm neutraler Formaldehydlösung zu 90 ccm Zenkers Lösung ohne Essigsäure oder 90 ccm 2,5%iger Kaliumbichromatlösung zugefügt. Die Gewebsstücke sollen 3—4 mm dick sein; sie werden 24 Stunden fixiert, 24 Stunden in fließendem Wasser gewaschen, in Alkohol entwässert und in Paraffin eingebettet. Die Paraffinschnitte werden wie folgt behandelt: 1. Kaliumpermanganat 1%, 1 Min.; 2. Oxalsäure 5%, 1 Min.; 3. reichlich in Wasser waschen; 4. wäßrige Lösung, enthaltend 1% Eosin und 1% Kaliumbichromat, 1—5 Min.; 5. schnell in Wasser waschen; 6. saures polychromes Methylenblau 1—5 Min.; 7. schnell in Wasser waschen und differenzieren in 95%igem und absolutem Alkohol; 8. Xylol und Balsam. In gut gefärbten Schnitten erscheint Zymogen tief purpurn, Protoplasma leuchtend blau, Kerne leuchtend purpurn, Alphagranula ziegelrot, Betagranula dunkelblau.
E. Levin-Berlin.

Bakteriologie.

Zur Agglutinabilität des Weil-Felix-Bazillus, von V. van der Reis-Greifswald. (M. m. W., 1919, Nr. 38.) Die zuckerfrei gezüchteten X_{19}-Kulturen werden durch Krankenserum stärker agglutiniert als durch Kaninchenserum. Die Agglutinationswirkung des letzteren kann durch Zuckerzusatz gesteigert werden. Die Agglutination durch Patientenserum zeigt keine charakteristische Schwankung. Spontanagglutination wurde nicht beobachtet.
v. Notthafft-München.

Über den mikroskopischen Nachweis der Tuberkelbazillen, von S. L. Malowan. (W. kl. W., 1919, Nr. 40.) Eine sehr gute Gegenfärbung bei säurefesten Bazillen erhielt M. mit Anilinschwarz. Das von ihm befolgte Verfahren gestaltet sich folgendermaßen: Man stellt sich eine Karbolfuchsinlösung (Fuchsin 1,0, Alkohol, 96%iger, 10,0, Karbolsäure 5,0, Aqua dest. 90,0) und eine Anilinschwarzlösung (Anilinschwarz 1,0, Alkohol, 96%iger, 5,0, Aqua dest. 20,0, Acid. carbolic. 1,0) her, filtriert sie vor dem Gebrauch noch zweimal und mischt sie in dem Verhältnis von einem Teil der Anilinschwarzlösung auf drei Teile der Fuchsinmischung. Das luftgetrocknete Präparat wird in der Flamme oder mit Methylalkohol fixiert, in Siedehitze gefärbt. Nach Abgießen der Farbstofflösungen wird der Objektträger zweimal für einige Sekunden mit alkoholischer Salzsäurelösung (R. Acid. hydrochloric. conc. 0,2, Spir. vin. rect., 96%ig, 10,0, Aqua dest. 20,0) übergossen; dann wird mit Alkohol bis nahezu völliger Farblosigkeit abgewaschen, mit Leitungswasser sanft nachgespült, mit Fließpapier abgetrocknet und eventl. in Kanadabalsam eingelegt. Besonders wichtig ist die exakte Behandlung mit der alkoholischen Salzsäurelösung. Einige weitere allgemeine Bemerkungen über die Vorgänge bei Färbungen mögen im Original nachgelesen werden.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Neue Beobachtungen über die Fernwirkung oligodynamisch wirkender Substanzen, von P. Saxl-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 40.) Zur weiteren Beleuchtung dieser von einigen Autoren widersprechend beurteilten Frage teilt S. folgende interessante Beobachtungen mit. Bei dem einen Versuche wurde sozusagen eine Bestrahlung von

Digitized by Google

Glas mit Silber vorgenommen: eine Petrischale wurde umgekehrt, der Deckel nach unten, die Schale nach oben aufgestellt; auf den somit als Boden fungierenden Deckel wurden Silberkörner in Hirsekorngröße gebracht, so daß die Fläche annähernd ganz bedeckt war. Darüber wurde die eigentliche Schale als Deckel gestülpt. Statt der Silberkörner wurde bei einem anderen Versuche Silberdraht in Kreisform gewunden genommen, bei einer dritten Probe Silberstaub. Die Schalen blieben 6 Wochen so stehen. Alsdann wurden die so bestrahlten Schalen mit 3 ccm einer Emulsion von B. coli in 1,5%iger NaCl-Lösung beschickt und, mit einem frischen sterilen Deckel versehen, 24 Stunden stehen gelassen. Eine unbestrahlte Petrischale diente als Kontrolle. In dieser fanden sich nach 24 Stunden 1240 Keime im ccm; in der mit Silberkörnern behandelten nur 625; in der mit Silberdraht beschickt gewesenen 510 und in der Silberstaubschale gar keine. Ein ähnliches Resultat ergab sich nach Bestrahlung mit Kupferdraht. Des weiteren wurde der Boden einer Petrischale mit Sublimatpastillen belegt; etwa 2 cm darüber, so daß Berührung ausgeschlossen war, wurde Fließpapier aufgespannt und dieses mit Glasplättchen, zerstoßenen Deckgläschen, bestreut. Nach 14 Tagen haben die Glasstückchen keimtötende Kraft angenommen. Wenn man sie auf eine mit Kolikultur beschickte Agarplatte bringt, zeigt sich rings um die Stückchen ein schöner steriler Hof, während unbeeinflußte Glassplitter natürlich keine Hofbildung erzeugen. Weitere analoge Versuche bewiesen ebenfalls die Übertragung von keimtötender Kraft auf Glas von Sublimat aus. Metallisches Quecksilber scheint keine fernwirkende desinfizierende Kraft zu haben. Diese Beobachtungen lassen sich durch die Annahme einer rein chemischen Wirkungsweise nicht befriedigend erklären, und es sind weitere Untersuchungen zur Aufklärung dieser Aktivierung nötig. — Eine weitere interessante Beobachtung betrifft die Entfärbung von Lösungen von Kaliumpermanganat. Läßt man eine mit 0,5%iger Sublimatlösung gefüllte Eprouvette 14 Tage lang stehen, reinigt sie dann mit destilliertem Wasser vollständig von der Lösung und gibt dann 4%ige NaCl-Lösung hinein, so hat diese nach etwa 5 Tagen die Fähigkeit angenommen, eine dünne Lösung von Kaliumpermanganat in einigen Stunden zu entfärben, was die Sublimatlösung für sich allein nicht vermag. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Chlamydozoa-Strongyloplasmen, von B. Lipschütz-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 47.) Nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse von den Chlamydozoa-Strongyloplasmen sind etwa ein Dutzend verschiedener Affektionen hierher zu rechnen, welche Verf. je nach Beteiligung des Zellplasmas bzw. der Kerne oder beider in drei Gruppen: Zytooikon-, Karyooikon- und Zytokaryooikongruppe einteilt. — Zur ersten Gruppe zählt er: Molluscum contagiosum, Epithelioma contagiosum, Trachom, Schafpocke, Lyssa, Vakzine (Kaninchenkornea) und vielleicht auch Hühnerpest. In der zweiten Gruppe sind die Bornasche Krankheit der Pferde, das Virus myxomatosum der Kaninchen und die Gelbsucht der Raupen zu nennen, während die dritte, die Zytokaryooikongruppe, die Variola und die Paravakzine umfaßt. Bei weiterem Eingehen auf das Wesen der Einschlüsse ist L. dazu gelangt, zwei verschiedene Arten derselben anzuerkennen, welche er als solche erster und zweiter Ordnung bezeichnet. Bei jenen handelt es sich um die eigentlichen Einschlüsse, welche aus dem körperfremden Virus (Strongyloplasmen) plus einer von der Zelle gelieferten Kittsubstanz zusammengesetzt sind. Diese Einschlüsse erscheinen bei gewöhnlichen Färbemethoden undifferenziert, als homogene Gebilde, höchstens hier und da vakuolisiert, und sind nur durch die in der Arbeit angegebenen Färbemethoden richtig zu erkennen. Die Einschlüsse zweiter Ordnung sind die von v. Prowazek als „zytologische Signale" bezeichneten Gebilde, welche als Zeichen einer stattgefundenen Epithelinfektion zu gelten haben. Sie stellen im wesentlichen Kernsubstanzen dar, welche entweder aus dem Kern ausgestoßen wurden oder durch Hyperplasie von im Plasma normalerweise vorhandenen Kernsubstanzen entstehen. Wegen der weiteren zahlreichen zur Begründung dargelegten Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. Oktober 1920 | Nr. 41 | Band 71

Eczema verruco-callosum nodulare (Prurigo nodularis).

Von

Dr. Eduard Ahrens in Hamburg.

Mit 2 Abbildungen auf 1 Tafel.

Auf der Nordwestdeutschen Dermatologentagung in Hamburg (Oktober 1919) stellte ich aus der Unnaschen Poliklinik folgenden eigenartigen Fall vor:

Das Leiden der 29jährigen Frau, die von jeher leicht erregbar gewesen ist und während des Krieges härter als sonst hat körperlich arbeiten müssen, hatte vor 3 Jahren mit Brennen an den Augen, später mit Jucken an den Streckseiten der Gliedmaßen begonnen und war zuerst als Krätze angesprochen und behandelt worden. Darauf bemerkte die Patientin an den Händen kleine rote, flache, juckende Stellen, die beim „Scheuern" etwas anschwollen. Vom Kassenarzte ging sie zu einem Facharzte, der die Erkrankung als hartnäckiges Hautnervenleiden bezeichnete und Teer und Arsen verordnete. Da keine Besserung eintrat und der Juckreiz an den Gliedmaßen unerträglich wurde, erfolgte mit Zustimmung des Arztes, der das Leiden als unheilbar erklärte, Aufnahme in das Allgemeine Krankenhaus St. Georg, wo die Kranke vom 11. III. bis 24. IV. 1918 verblieb. Dortiger Status (abgekürzt) lautet[1]): „Große, mittelkräftige, leidlich genährte, etwas blutarme, sonst gesunde Frau. An beiden unteren und oberen Extremitäten finden sich in die Haut eingelagerte, sich derb anfühlende linsen- bis erbsengroße, stark juckende Hauteffloreszenzen. In der Umgebung dieser ist die Haut infiltriert und verdickt. Blutige Kratzeffekte infolge des stark anhaltenden Juckreizes. Es handelt sich um das Bild der typischen Urticaria perstans. WR negativ. Behandlung mit Trichloressigsäure, wonach Abflachung der einzelnen Papeln eintritt und der Juckreiz sich bessert. Ferner: Aderlaß und Ringersche Lösung sowie Arseninjektion alle 3 Tage. Zum Kassenarzte entlassen."

Indessen hielt die Besserung nicht an. Im Gegenteil, die juckenden Papeln sollen sich vergrößert haben, und auch die Gesichtshaut soll befallen gewesen sein, worauf die Kranke im Sommer 1919 die Unnasche Poliklinik aufsuchte. Hier erweckte das Krankheitsbild zunächst den Eindruck eines verrukokallösen Ekzems (Unna) mit seiner Hyperkeratose, Akanthose und seinem starken Juckreiz. Ein Stadium des Nässens trat nicht ein, und nach Behandlung mit Hebra-Salizylsalbe usw. blieb das Krankheitsbild zurück, das zwar schon vorher gesehen und gefühlt wurde, jetzt aber mit größerer Deutlichkeit sich offenbarte: An Armen und Beinen, insbesondere den Streckseiten, zeigen sich zahlreiche rundliche, halbkugelförmige, bis kleinerbsengroße, derbe Papeln von blaßroter Farbe. Die Knoten finden sich schwächer ausgebildet auch im Gesicht, während der übrige Körper freigeblieben ist. Eines der Hauptsymptome ist der heftige Juckreiz, der sich meist abends und morgens einstellt; im Anschluß daran soll sich eine gewisse Anschwellung der Effloreszenzen zeigen. Die Patientin ist leicht blutarm, sonst gesund.

Anamnestisch ist noch folgendes nachzutragen: Sie hat sich von jeher über jede Kleinigkeit geärgert. Während des Aufenthaltes in St. Georg war ihre Regel unregelmäßig, sonst regelmäßig. Kurz vor Beginn der Regel nehmen die Juckbeschwerden heftig zu, um dann auf der Höhe der Menses wieder abzunehmen. Im Verlaufe des Krieges hat sie 3 Fehlgeburten gehabt; einmal infolge Unfalles, zweimal infolge heftiger Aufregungen. (Mann war eingezogen.)

[1]) Mit gütiger Erlaubnis von Herrn Prof. Arning.

Digitized by Google

1908 Magenstörungen, tagelanges Erbrechen, später Gelbsucht. Ende 1917 hat das Jucken begonnen; die Stellen, besonders an den Beinen auftretend, waren zuerst weicher und sollen beim Kratzen hellwässrige Flüssigkeit entleert haben. Die Streckseiten waren mehr beteiligt als die Beugeseiten, und das Jucken war meist abends stärker als morgens. Abhängigkeit von den Jahreszeiten hat sie nicht beobachtet. Nach dem Genuß stark gewürzter Speisen, auch nach Alkohol will sie Zunahme der Beschwerden beobachtet haben. Ponndorf sei schwach positiv ausgefallen.

November 1919 Grippe, wonach Haarausfall eingetreten ist.

Nachuntersuchung 9. I. 1920 ergibt folgendes: An Stirn, Ohrrändern, Wangen kleinste Effloreszenzen von etwa Senfkorngröße. Der behaarte Kopf ist frei. Am Rücken Kratzstellen, sonst ist der Stamm unbeteiligt. Die Haut fühlt sich rauh an und hat im allgemeinen welkes Aussehen. Die Stellen an den Armen breiten sich vorwiegend an den Streckseiten aus und sind bis kleinerbsengroß (Durchschnittsmaß etwa 5 mm im Durchmesser). An den Streckseiten der Hände sind sie größer (10 mm) und ausgesprochen warzenartig. Die Flachhände sind frei. Unterzieht man sich der Mühe des Zählens, so stellt man am linken Arm 90 Stück, davon 26 Stück an der Beugeseite, fest. Die Effloreszenzen an den unteren Gliedmaßen sind etwas größer als die an den Armen. Sie sitzen besonders an den Streck- und Seitenflächen der Unterschenkel sowie an den Fußrücken; auch an den Fußsohlen finden sich vereinzelte Stellen, die durch die Dicke der Hornschicht durchschimmern und besonders heftiges Jucken veranlassen sollen. Die Effloreszenzen sind teilweise blutig zerkratzt. An solchen Stellen hat die umgebende Haut schwieliges Aussehen mit bräunlicher Pigmentation angenommen. Deutliche Schuppenauflagerung auf den Papeln ist nicht vorhanden. Die Farbe der Effloreszenzen, die ziemlich schroff aus der normalen Haut sich abheben, ist blaßrot, bei Glasdruck zeigt sich Abblassung. Urticaria factitia ist nicht vorhanden. An den Hornhäuten der Augen, rechts außen, links innen finden sich marginale Wülste, die von Herrn Prof. Deutschmann als „Plasmone der Bindehaut" angesprochen werden. Möglicherweise sind sie Teilerscheinungen des Hautleidens[1]). An den sonstigen Organen keine Veränderungen; keinerlei nennenswerte Drüsenschwellung.

Urin: ohne Befund.

Das Blutbild zeigt keine erheblichen Abweichungen von der Norm.

Soweit der Befund, an dem besonders bemerkenswert der Umstand ist, daß nach längerem Aussetzen einer zweckmäßigen Behandlung (die Patientin war nach der Vorstellung im Oktober fortgeblieben) sich wieder ein Zustand herausbildete, der als schwielig-ekzematöse Veränderung angesprochen werden mußte.

Die Patientin ist mit ihrem Zustande leidlich zufrieden; sie meint, die Knoten seien flacher geworden, und zwar unter dem Einfluß von Karbolseife.

Es wird ihr jetzt ein Versuch mit 4%iger Pepsinsalbe und Einfetten der Haut mit Pasta Zinci sulfurata Unna vorgeschlagen[2]).

Bevor ich das histologische Bild mitteile, das uns in überraschender Weise bestätigenden Aufschluß über die Klinik des Falles gibt, gehe ich auf die Literatur ein, die sich mit den unserm klinisch ähnlichen Fällen beschäftigt. Ich kann mich hier kurz fassen, da bereits mehrfach in bestimmten Zeitabschnitten Zusammenstellungen und Beschreibungen der einschlägigen Literatur veröffentlicht sind.

Ich hebe hervor Joseph Zeisslers (Chicago) Arbeit: A case of so-called Prurigo nodularis, erschienen 1912, und als die beste Zusammenstellung bis zum Jahre 1916 die Arbeit von Rasch (Kopenhagen): Prurigo nodularis Hyde.

Ferner wird in einer jüngst erschienenen Arbeit (Ein Fall von Prurigo nodularis bzw. Urticaria perstans nodulosa) von Martha Meyer eine ziemlich ausführliche Übersicht der Literatur gegeben.

In den drei genannten Arbeiten wird gleichzeitig je ein typischer Fall beschrieben.

---

[1]) Vgl. Afzelius: „Am Kornealrande beider Conjunctivae bulbi einige blaßrote, hanfkorngroße, weiche Papeln." — [2]) Auch dieses brachte keine objektive Besserung.

Digitized by Google

Mit unserm Krankheitsbilde stimmt danach aber nur ein Teil der bis jetzt in der Literatur als sogenannte Urticaria chronica oder besser Urticaria perstans papulosa, verrucosa veröffentlichten Fälle, auf die ich aus soeben erwähnten Gründen nicht näher einzugehen brauche, überein, so daß unsere Dermatose ein verhältnismäßig seltenes Ereignis ist.

Der Hauptgrund, der zu Verwechslungen führt, liegt in der unglücklichen Bezeichnung Urtikaria. Mit einer Urtikaria als solcher hat weder anamnestisch noch klinisch noch histologisch unser Krankheitsbild das geringste zu tun. Höchstens das schubartige Entstehen, der Juckreiz und die Anschwellbarkeit könnten an urtikarielle Vorgänge erinnern, doch abweichend von ihnen ist nicht nur das fest in loco Haftende und nicht ihren Ort gleich der akuten Urtikaria Wechselnde der Effloreszenzen, sondern auch die von vornherein ziemlich derbe Beschaffenheit der Papeln. Und HARTMANN hat nach unserem Dafürhalten recht, wenn er das primäre Auftreten einer Quaddel und das sekundäre Entstehen der derben Papel aus ersterer bestreitet. Es handelt sich nach ihm um ein Krankheitsbild, das mit einem starken Juckreiz beginnt, der lange Zeit, ja selbst Jahre hindurch das einzige Symptom darstellen kann. Jedenfalls haben in den meisten Fällen, wo darauf geachtet werden konnte, die papulösen Effloreszenzen sich erst nach dem Auftreten des Juckens eingestellt. Charakteristisch für die Erkrankung ist nach HARTMANN, der das Krankheitsbild als einen chronischen Pruritus mit sekundären, vielleicht durch mechanischen Reiz verursachten papulösen oder verrukösen derben Effloreszenzen bezeichnet, auch die Unheilbarkeit, wenn man von gelegentlichen Remissionen absieht. Natürlich soll nicht bestritten werden, daß in vereinzelten Fällen auch eine echte Urticaria intercurrent das Krankheitsbild komplizieren kann, dann aber nur in indirektem ursächlichen Zusammenhange mit ihm steht. Sieht man des weiteren die einzelnen Krankheitsgeschichten aufmerksam durch, so hat es den Anschein, als ob hin und wieder vor dem Ausbruch des Juckens schon längere Zeit eine Neigung zu Ekzembildung und entsprechendem Juckreiz bestanden habe und daß sich diese ekzematösen Veränderungen vor dem Ausbruch der Papeln verstärkt haben und demgemäß der Juckreiz deutlicher hervorgetreten sei.

Auffallend ist das höhere Lebensalter der Erkrankten; durchweg erst vom Ende des 3. Jahrzehntes ab kommt das Leiden zur Feststellung. Ferner werden in weit überwiegender Anzahl blutarme Frauen betroffen.

Wir können somit bereits klinisch nach bestimmten Richtlinien unser Krankheitsbild abgrenzen. Zu den Symptomen des eigenartigen Bildes gehören:

1. Fast ausschließliche Beteiligung des weiblichen Geschlechtes, und zwar von Frauen in mittlerem Lebensalter. Häufig besteht Blutarmut und Unregelmäßigkeit der Menses. Hin und wieder sind Anzeichen von Tuberkulose vorhanden.

2. Vorausgehendes langdauerndes Juckstadium.

3. Schubartiger Ausbruch von anfangs weicheren, später derben, stark juckenden, bis etwa erbsengroß werdenden Papeln in zählbarer Menge, die mit Urtikariaquaddeln keine Ähnlichkeit haben, aber eine gewisse Schwellbarkeit besitzen. Hauptsitz sind die Streckseiten der Gliedmaßen.

Digitized by Google

4. Chronizität, geringe Veränderlichkeit und äußerst geringe Beeinflußbarkeit, aber anscheinend sonstige Gutartigkeit des Leidens.

Hiernach wollen wir etwas näher auf die bisher in der Literatur am meisten gebräuchlichen Krankheitsbezeichnungen eingehen. Es sind, soweit sich verfolgen und feststellen läßt, insgesamt etwa 20 typische Fälle veröffentlicht worden, die klinisch und anatomisch unserm Krankheitsbilde völlig entsprechen. Nur diese Fälle und deren Benennungen bespreche ich, sehe also von solchen Mitteilungen ab, die abweichende Fälle, wennschon sie mit größerer Berechtigung Urticaria perstans oder ähnlich benannt sind, zum Gegenstande der Besprechung haben.

Der erste typische Fall stammt aus Nordamerika und ist von Hardaway 1880 beschrieben worden. Des weiteren sind aus Amerika von Schamberg und Hirschler 1906 2 Fälle, von Charles J. White 1907 1 Fall unter der Betitelung „Lichen obtusus corneus", endlich von Jos. Zeissler 1912 1 Fall mitgeteilt worden. Zeissler schlägt nach Hyde, der in seinem Lehrbuch selbst einen eigenen Fall mitgeteilt hat, den Namen Prurigo nodularis vor und lehnt den Namen Urticaria perstans ab.

Die Bezeichnung Hydes hat auf den ersten Blick etwas Bestechendes; namentlich das Beiwort nodularis ist glücklich gewählt. Aber dennoch ist sie abzulehnen, weil unsere Krankheit sich in der Prurigogruppe nicht unterbringen läßt. Wenn wir in dieser nach Unna die Prurigo mitis (Willan) der Prurigo gravis (Hebra) gegenüberstellen, so ist letztere von vornherein auszuschließen, weil die Anamnese (Beginn in früher Jugend, meist als Lichen urticatus auftretend), ausschließliches Befallensein der Streckseiten, Abhängigkeit von den Jahreszeiten, die starken Drüsenschwellungen sowie die Ausgänge und Endbefunde allzusehr Abweichendes bieten. Demgegenüber zeigt die Prurigo mitis klinisch viel Gemeinsames mit unserer Krankheit, z. B. das Vorherrschen bei Erwachsenen, das vereinzelte Auftreten, zum Teil auch die Lokalisation, die Größe und die Färbung der Knötchen, dann auch den Umstand, daß die Erkrankung nicht in ein Stadium des Nässens tritt, wodurch sie sich nebenbei auch gleich unserm Krankheitsbilde von den pruriginösen Ekzemen unterscheidet. Dagegen zeigt sie einen großen prinzipiellen Unterschied: sie ist vorwiegend eine Krankheit der Kutis, sie ist sozusagen tiefer projiziert, es mangelt ihr die auffallende Verdickung der unverhornten und verhornten Oberhaut, die bei unserem Falle auftritt und mehr an die Prurigo gravis erinnert, und die Knötchen sind in die Dicke der Kutis eingelassen, während sie bei unserm Krankheitsbilde hauptsächlich im Papillarkörper unter dem sehr verdickten Epithel sitzen. Somit ist die Benennung Prurigo abzulehnen; nur das Auftreten von Knötchen und der Juckreiz bilden oberflächliche Beziehungspunkte.

Bei deutschen und österreichischen Autoren begegnet uns unser Krankheitsbild am häufigsten unter der Benennung Urticaria perstans papulosa oder verrucosa beschrieben. Urticaria chronica perstans papulosa wird es 1896 von Fabry genannt, der jedoch 1915 in einer zweiten Arbeit die Bezeichnung „Urtikaria" für unzutreffend erklärt, da in dem verstrichenen Zeitraume bei seinem ersten Falle die typischen Knoten unverändert fortbestanden hätten, während damals eine eigentliche Urti-

Digitized by Google

karia zufälliger Nebenbefund gewesen sei. Die Krankheitsbezeichnung Urticaria perstans stammt nicht von FABRY, auch nicht von PICK, sondern ist weit älter. WILLAN hat sie gebraucht, und HEBRA unterscheidet: Urticaria recidiva, wo der Ausschlag nach vollendetem Verlaufe in kleineren oder größeren Zwischenräumen wiederkehrt, und Urticaria perstans, wo er sich, abwechselnd an einer Stelle vergehend und an einer anderen wiedererscheinend, aber nie ganz verschwindend, mehrere Monate, ja selbst Jahre hinzieht (Urticatio).

Mit dem Namen PICKS indessen vorknüpft die oben genannte Bezeichnung sich insofern, als er sie neu aufgenommen und weiter spezialisiert und unter diesem Namen in seiner Arbeit 1881 mehrere Fälle veröffentlicht hat. Diese boten wirkliche Urtikariasymptome und weichen von unserem Krankheitsbilde ab. PICK hatte es dabei unternommen, den Begriff der Urtikariaformen aufs neue rein darzustellen: von der Urticaria acuta oder simplex gliedert er die Urticaria chronica und die Urticaria perstans ab und unterscheidet daneben die Urticaria pigmentosa, die hauptsächlich bei Kindern vorkommt.

Wenn somit die Bezeichnung „Urticaria perstans" für unser Krankheitsbild ursprünglich durch einen Zufallsbefund veranlaßt war, so will ich doch die Gelegenheit benutzen, um mit wenigen Worten die Urtikariafrage zu berühren, soweit sie hier für uns in Betracht kommt.

Auf die muttermalähnliche Urticaria pigmentosa brauche ich nicht einzugehen. Und über die Urticaria simplex oder acuta, deren Quaddeln sich schon äußerlich sehr wesentlich von unseren Effloreszenzen unterscheiden und keineswegs deren Vorstadium sind, habe ich mich schon oben ausgelassen. Ich möchte nur in Erinnerung bringen, daß, während bei der Urticaria chronica, die man besser als Urticaria recidivans bezeichnen würde, die typischen Quaddeln ebenso schnell wie bei der akuten Nesselsucht verschwinden, aber jahrelang, nach kürzeren oder längeren Zwischenpausen in immer neuen Schüben und immer gleichen Formen wieder auftreten, bei der Urticaria perstans die einzelnen Effloreszenzen selbst längere Zeit, sogar jahrelang bestehen und dann durch den dauernden Reiz sich in derbe, zum Teil verruköse Papeln umwandeln, die auf akuten, auch künstlichen Reiz hin quaddelartig anschwellen. Es sind somit die Papeln der Urticaria perstans nichts anderes als umgewandelte ursprüngliche Urtikariaquaddeln. Dieses ist das Hauptunterscheidungsmerkmal von unserem Krankheitsbilde, mit dem sie sonst klinisch nur die ähnliche Beschaffenheit der warzenähnlichen Knoten teilt. Auch der Verlauf des Leidens zeigt wesentliche Abweichungen, indem die Papeln der Urticaria perstans (papulosa) sich therapeutisch beeinflussen lassen, hin und wieder auch von selbst verschwinden. Und vor allem ist der histologische Befund verschieden von dem unseres Krankheitsbildes.

Hiernach komme ich auf die FABRYschen Arbeiten zurück. In seiner zweiten Arbeit veröffentlicht FABRY einen dem ersten ähnlichen Fall, den er nach dem Vorgange der Franzosen als Lichen obtusus corneus oder nach BROCQ als Neurodermitis nodularis bezeichnet wissen möchte. Unter dem Namen „Lichen obtusus" sind in der französischen Literatur verschiedene Fälle beschrieben worden, von denen einige völlig unserem

Digitized by Google

Krankheitsbilde entsprechen. Brocq nennt es in La Pratique Dermatologique, Bd. 3, „Lichen corneus disseminatus", und einen zweiten Fall beschreibt er unter dem Titel „Lichen obtus corné (Urticaria perstans, forme anormale de lichenification circonscrite en nodules)".

Ist nun die Bezeichnung Lichen zutreffend, d. h. sind die Effloreszenzen unserer Erkrankung vielleicht in der Lichengruppe unterzubringen? Brocq betont ausdrücklich, daß ihm die Verschiedenheit der von ihm beschriebenen eigenartigen Krankheit von dem Lichen obtusus (Unna) und dem Lichen ruber moniliformis (Kaposi) wohl bewußt sei. Und in der Tat ist die Eingliederung unserer Krankheitsform in die Lichengruppe nicht angängig. Teilen wir nach Unna den Lichen ruber ein in eine spitze, eine stumpfe und eine flache Form der Papeln, so zeigt nur der Lichen obtusus entfernte Ähnlichkeit, z. B. bezüglich der Größe der Papeln und des Juckens, das hier übrigens viel weniger ausgesprochen ist als bei den anderen Lichenformen. Unsere Dermatose unterscheidet sich aber von ihr durch die andersartige Lokalisation — Hauptsitz sind die Gliedmaßen, während der Rumpf fast stets freibleibt — ferner durch die strenge Einförmigkeit der Effloreszenzen, die nur hinsichtlich der Größe variieren und denen die Delle der Lichen-obtusus-Papel abgeht. Munderscheinungen werden im Gegensatz zum Lichen niemals berichtet. Auch die mikroskopischen Bilder sind ganz verschieden. Und Übergänge zu anderen Lichenformen am selben Patienten sind nicht vorhanden.

Der Vollständigkeit halber erwähne ich noch, daß neben dem Lichen obtusus Unna die französische Literatur (Darier) noch den Lichen ruber obtusus moniliformis Kaposi und den Lichen obtusus vulgaris kennt. Bei jenem sind die Papeln auch halbkugelförmig und groß, aber kettenförmig aneinander gereiht; bei diesem, der oft mit dem Lichen corneus hypertrophicus (Lichen ruber verrucosus) verwechselt wird, handelt es sich um große, schwach rosafarbige oder bräunliche Papeln, die meist nur an einer Körperregion lokalisiert sind, sich gruppieren und selbst konfluieren.

Was nun den oben erwähnten, von Fabry vorgeschlagenen Namen „Neurodermitis nodulosa (nodularis)" anlangt, so würde dieser entweder wiederum unser Krankheitsbild in die Lichengruppe versetzen (als Lichen simplex chronicus Vidal), oder, sofern wir darunter das kallöse Ekzem Unnas verstehen, die Erkrankung den kallösen Ekzemen zuzählen. Das letztere läßt sich teilweise rechtfertigen. Kallosität liegt zweifellos vor, und Ekzembildung spielt meines Erachtens sicher eine wichtige Rolle bei der Entstehung unserer Hautkrankheit. Aber der Begriff des kallösen Ekzems allein ist nicht ausreichend; er bildet klinisch und histologisch einen, wenn auch sehr wichtigen Teil zur näheren Bezeichnung unseres Krankheitsbildes.

Sehen wir uns weiter in der Nomenklatur um, die uns die Literatur zur Verfügung stellt, so begegnen wir an einer Stelle der Bezeichnung Tuberosis cutis pruriginosa bei einem Falle von Hans Hübner (Hartmann). Wennschon es zweifelhaft ist, ob dieser Fall hierher gehört, so wäre der Name an sich für unser Krankheitsbild passend gewählt, aber nur klinisch, da er pathologisch-anatomisch nichts aussagt.

In letzterem Sinne ist der Zusatz „verrucosa", den Kreibich unter der Bezeichnung „Urticaria perstans verrucosa" zwei von ihm beschrie-

Digitized by Google

benen typischen Fällen gibt, besser verwertbar, weil er die Akanthose ausdrücklich hervorhebt.

KREIBICHS Arbeit ist betitelt „Über Urticaria chronica". Er teilt diese ein in Urticaria recidiva und Urticaria perstans. Von dieser letzteren als Urticaria perstans simplex gliedert er als nicht mehr zum Bilde des reinen Quaddelausschlages gehörig die Urticaria perstans papulosa und die Urticaria perstans verrucosa ab. An sie schließt sich die Urticaria pigmentosa an. Aber nur die Urticaria perstans verrucosa entspricht der Prurigo nodularis. Einen von den beiden Fällen KREIBICHS hatte KAPOSI der Wiener dermatologischen Gesellschaft als Urticaria perstans papulosa vorgestellt.

Die sonst, auch in den letzten Jahren veröffentlichten Fälle erscheinen meist unter der Bezeichnung Urticaria perstans papulosa. Es würde zu weit führen, alle Fälle hier einzeln zu besprechen. Erwähnt sei nur, daß, als WALTER PICK 1900 einen Fall von sogenannter „Urticaria perstans" in der Breslauer dermatologischen Gesellschaft vorstellte, sich NEISSER entschieden gegen die Bezeichnung Urtikaria verwahrte.

Dagegen hat RASCH 1916 für seinen typischen Fall den Namen Prurigo nodularis (HYDE) gewählt, desgleichen jüngst MARTHA MEYER den von HOFFMANN 1917 auf der Dermatologentagung in Bonn vorgestellten Fall als Prurigo nodularis (oder Urticaria perstans nodulosa) veröffentlicht.

Den zurückhaltenden und abwartenden Standpunkt von HARTMANN (von seinen 1903 mitgeteilten Fällen sind aber nur zwei typisch) habe ich bereits erwähnt. Er spricht sich für die vorläufige Benennung: chronischer Pruritus mit sekundären Effloreszenzen usw. aus und erhofft einen geeigneten Namen von der Zukunft, sobald eine größere Zahl von Beobachtungen eine größere Klärung geschaffen hätten.

Schließlich sei erwähnt, daß der kürzlich von HENRICHSEN beschriebene Fall von Urticaria papulosa perstans aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M., der ein zehnjähriges Mädchen betrifft, nicht hierher gehört[1]).

Ich gehe jetzt auf die histologischen Verhältnisse ein und beschreibe diese an der Hand der beiden beigegebenen Abbildungen 1 und 2.

Die hauptsächlichsten Veränderungen betreffen die Epidermis. Es handelt sich um bedeutende, ziemlich gleichmäßige Hyperkeratose (h) mit parallel angeordneten Hornlamellen und einer Akanthose (a), die teilweise so mächtig ist, daß die Papillen schier erdrückt erscheinen. Die einzelnen Stachelzellen sind sehr groß, besonders im obersten Teile. Die untersten Abschnitte der Keimschicht nehmen so vielgestaltige Form an, daß sie auf dem Schnitte wie abgesprengte Epithelhaufen aussehen, während von einer Loslösung des Epithels nach Art einer karzinomatösen Wucherung nicht die Rede ist. Während die meisten Schnitte durch eine derartige Papel in ganz stereotyper Weise dieses Bild liefern, findet man an einzelnen mittleren Schnitten durch das Zentrum der Papel eine ganz andere und ungewöhnliche Bildung von Papillarkörper und

[1]) Die Münchener Arbeit von HIRSCH und BRUCK: „Ein Fall von Urticaria perstans verrucosa" habe ich erst nachträglich zu Gesicht bekommen. Der hier besonders hervorgehobene Zusammenhang zwischen Dermatose und Basedow trifft für meinen Fall nicht zu.

Digitized by Google

Stachelschicht (siehe Figur 1). Hier nimmt man im Gegensatz zu den sonst dünnen und komprimierten Papillen außergewöhnlich breite und starke Papillen wahr (p). Gerade oberhalb dieser Papillen nun findet sich eine merkwürdige Höhlenbildung (hö) auf Grund eines Zellenödems in dem untersten Teile der Stachelschicht. Die betreffenden Stachelzellen sind sehr stark aufgequollen und vergrößert, ihr Protoplasma ist unfärbbar geworden, während die Kerne sich größtenteils, aber in verkleinertem Zustande erhalten haben. Es entstehen auf diese Weise durch Verflüssigung des Zellinhaltes vielkammerige kleine Höhlen im unteren Teile der Stachelschicht, welche von der obersten Spitze der Papillen noch durch eine einzelne Lage von Epithelien, den Keimzellen, getrennt sind. Unterhalb dieser ist auch häufig die oberste Spitze der Papillen durch Ödem gequollen und unfärbbar geworden. Im Zentrum mancher Knoten findet sich mithin im Gegensatz zu dem sonstigen Schwund des Papillarkörpers ein Auftrieb des Bindegewebes gegen die Oberhaut und eine Überschwemmung dieser Oberhautpartie durch Gewebsflüssigkeit. In Figur 2 findet sich ein Schnitt aus dem Zentrum eines anderen Knotens, welcher an derselben Stelle zwar keine Papillenschwellung zeigt, dafür aber ein Ödem der Übergangsschicht und obersten Stachelschicht erkennen läßt, wodurch hier bis auf Kernreste die Färbung des Protoplasmas ausgelöscht ist (ö). An Stelle der stark geschwollenen Papillen in Figur 1 findet sich hier eine besonders starke Proliferation der Epithelleisten, durch welche wahrscheinlich die Bildung von vielkammerigen Bläschen in der Stachelschicht verhindert wurde und nur eine Andeutung davon in dem Ödem der Übergangsschicht übrigblieb. Figur 2 zeigt außer der starken Wucherung der Keimschicht auch noch eine stärkere Mitbeteiligung der Kutis an dem Entzündungsprozesse, indem in der Umgebung der oberen papillaren Blutbahn Haufen von sehr kleinen Rundzellen eingesprengt sind, ein Symptom, das in Figur 1 in viel geringerem Maße auftritt (r).

Das Resultat der histologischen Untersuchung ist somit das folgende: Es handelt sich um eine sehr stark ausgebildete diffuse Akanthose und Hyperkeratose. Die erstere hat nicht zu einer einfach verdickten Epithelplatte geführt, sondern zur Entstehung hoher, dicker Leisten. Das Erhaltenbleiben der dabei ausgesparten und komprimierten gefäßhaltigen Papillen beweist aber, daß der Gegendruck des Gefäßsystems in der Kutis ein sehr bedeutender ist. Derselbe gipfelt im zentralen Teil der Effloreszenzen in einer Schwellung des Papillarkörpers und einem Ödem der Oberhaut, das über einzelnen Papillen bis zur Bildung von Bläschen in der Stachelschicht fortschreitet.

Zur Deutung unseres Falles ist nun folgendes zu sagen: Das anfängliche Jucken scheint dem klinisch nachgewiesenen Ekzem angehört zu haben (1. Stadium). Dieses langdauernde Ekzem ging an den Armen und Beinen allmählich in jene Form mit schwieliger Verdickung der Hornschicht über, die Unna das Eczema callosum genannt hat (2. Stadium). Dieses zeichnet sich durch ein chronisches, stets verstärktes Jucken aus. Von diesem gewöhnlichen Eczema callosum unterscheidet sich nun unser Fall, wie das histologische Bild beweist, dadurch, daß an einzelnen zerstreuten Punkten eine Schwellung des Papillarkörpers auftritt, durch

Digitized by Google

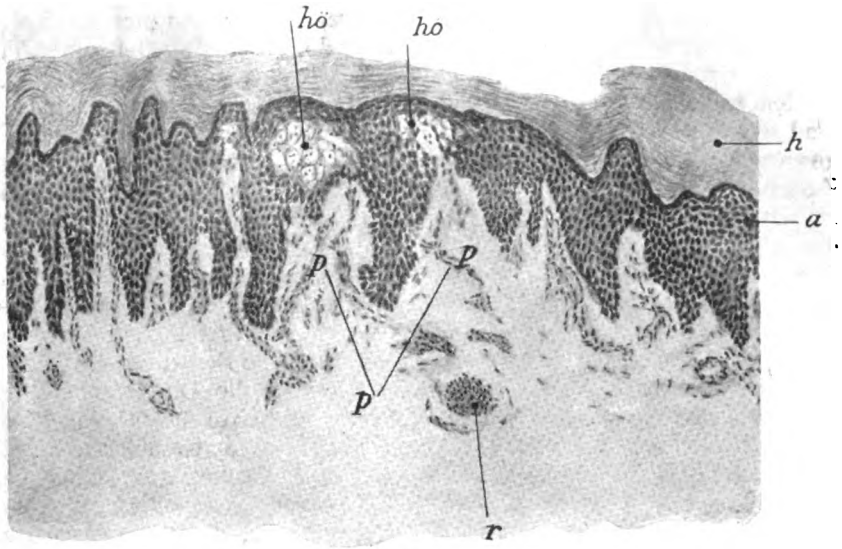


Abb. 1.

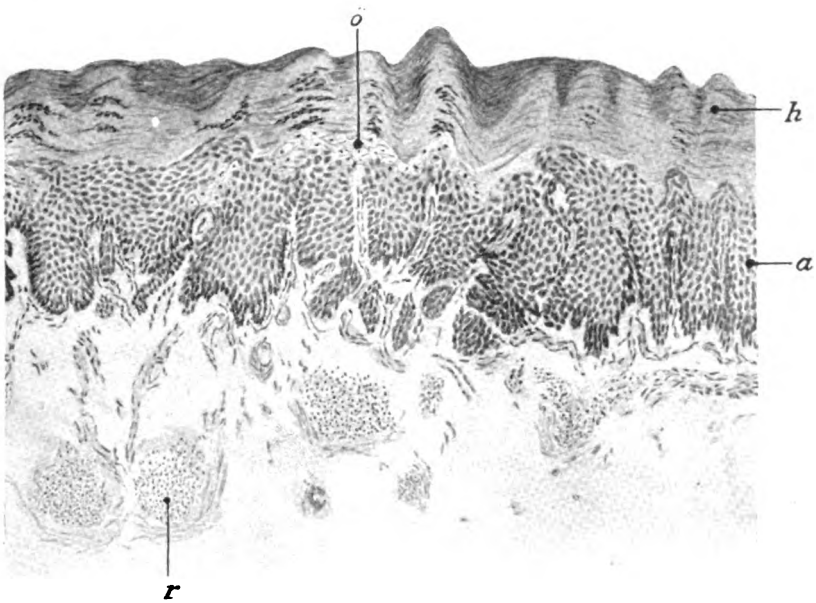


Abb. 2.

Digitized by Google

Digitized by Google

welche an diesen Stellen die Hypertrophie der Oberhaut zum Teil wieder aufgehoben wird und die sogar bis zu einer Bläschenbildung in der Oberhaut führen kann. Sie ließe sich als eine Gegenwirkung gegen den übermäßigen Druck der kallösen Hornschicht auffassen, und es ist zweifellos, daß an diesen zerstreuten Punkten das Jucken sich zu einer ungewöhnlichen Höhe erhebt. Zugleich versteht man, daß durch die chronische Schwellung des Papillarkörpers an diesen Stellen der Juckreiz eine ungewöhnliche Stetigkeit gewinnt (3. Stadium). Diese Stellen von stärkstem Druck der Hornschicht und Gegendruck des Papillarkörpers bilden das Zentrum der klinisch so auffallenden Herde, welche zu der Bezeichnung einer verrukösen Hautkrankheit geführt haben. Der Status würde hiernach durchaus dem Unnaschen Eczema verruco-callosum entsprechen, wenn nicht die Anfälle von Hautschwellung wären, die verleitet haben, das Krankheitsbild der Urtikaria zuzuweisen. Will man diesen Eigentümlichkeiten gerecht werden, so könnte man es eventuell ein Eczema verruco-callosum urticatum nennen. Aber das Beiwort nodulare scheint das Bezeichnendere zu sein, da die Urtikaria mehr eine akutere Veränderung des Gefäßsystems bedeutet. Daher schlagen wir die Benennung Eczema verruco-callosum nodulare vor.

Herrn Professor Dr. Unna spreche ich für die gütige Überlassung des Falles und die Durchsicht der Arbeit meinen ergebensten Dank aus.

Literatur.

Apzelius, Urticaria perstans verrucosa. Arch. f. Derm., Bd. 99. — Brocq, Lichen obtusus corné. La Pratique Dermatologique, Bd. 3. — Darier, J., Grundriß der Dermatologie (Übersetzung), 1913. — Fabry, Joh., Über Urticaria pigmentosa xanthelasmoides und Urticaria chronica perstans papulosa. Arch. f. Derm., Bd. 34. — Fabry, Joh., Über zwei Fälle von Neurodermitis nodulosa (großknotige Form der Neurodermitis Brocq). Arch. f. Derm., Bd. 121. — Hardaway, A case of multiple tumours of the skin accompanied by intense pruritus. Arch. of Derm., 1880. — Hartmann, Über eine urtikariaartige Hauterkrankung. Arch. f. Derm., Bd. 64. — Hebra, Hautkrankheiten, 1860. — Henrichsen, Zur Kasuistik der Urticaria papulosa perstans. Inaug.-Diss., 1917. — Hirsch, Hans und Bruck, Walter, Ein Fall von Urticaria perstans verrucosa. Derm. Zschr., April 1920. — Hübner, Über Tuberosis cutis pruriginosa. Arch. f. Derm., Bd., 81. — Kreibich, Über Urticaria chronica. Arch. f. Derm., Bd. 48. — Meyer, Martha, Ein Fall von Prurigo nodularis (Urticaria perstans nodulosa). Inaug.-Diss. — Pick, F. J., Über Urticaria chronica. Prag. Zschr. f. Heilk., 1881. — Pick, W., Ein Fall von sog. Urticaria perstans. Stereosk. Atlas. — Rasch, Prurigo nodularis (Hyde). Arch. f. Derm., Bd. 123. — Schamberg und Hirschler, Two cases of multiple tumours in the skin, associated with itching. J. of cutan. Dis., 1906. — Unna, P. G., Histopathologie. — Unna, P. G., Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber. Petersb. m. Wschr., Nr. 45. — Unna, P. G., Pathologie und Therapie des Ekzems.

Digitized by Google

Bemerkungen zu dem Aufsatz von H. Felke: Zur Praxis des Luesnachweises durch Ausflockung nach Sachs-Georgi[1]).

Von

Prof. Dr. Carl Klienebeeger in Zittau.

In meinem Aufsatz, Derm. W., 1920, Bd. 70, habe ich ein Verfahren, die SGR besser sichtbar zu gestalten, angegeben, ohne die Laboratoriumstechnizismen im einzelnen erschöpfend darzustellen. Jeder, der länger die Blockschälchenmethode bei Agglutinationsuntersuchungen anwendet, weiß, daß es notwendig ist, bei der Bebrütung die Schälchen zu bedecken und vor der Ablesung die auf schwarzem Grund zu besichtigenden Schalen abkühlen zu lassen. Man kann 4—10 Blockschalen aufeinandergestellt in den Brutschrank setzen und braucht dann nur die oberste mit einem, am besten geschliffenen Glasdeckel zuzudecken. Nach dem Herausnehmen aus dem Brutschrank läßt man die Blockschälchen am besten noch $^1/_2$—1 Stunde bis 2 Stunden aufeinandergestellt stehen, setzt sie dann auseinander und liest erst ab, wenn die gesamten Schalen die Zimmertemperatur angenommen haben und eine Zeitlang ruhig gestanden haben. Es ist zweckmäßig, die Schalen auf Tische mit Glaseinsatz zu stellen, unter deren Glas schwarzes glänzendes Papier sich befindet. Die Ablesung auf dunklem Grunde ersetzt die Lupenbetrachtung. Die feinere Kontrolle, zur Unterscheidung von uncharakteristischer Sedimentierung, erfolgt evtl. bei 40facher Vergrößerung mit dem Mikroskop.

Neuerdings verwenden wir nebeneinander die SGR (zwei Extrakte [Blockschälchen- und ursprüngliche Methode]) und als zweite Methode die 3. Modifikation der MR (D. M.). Die Anwendung beider Methoden nebeneinander ersetzt die umständliche WR, von der wir aus Materialmangel abgehen mußten und die wir lange auswärts zur Kontrolle ausstellen ließen, bis unser Verfahren sich als ausreichend erwies.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1920, Band 29, Heft 4.

Zur Frage der Blasensyphilis, von C. Posner-Berlin. Es wurden 23 Frauen, deren Infektion einige Monate bis ein Jahr zurücklag, zystoskopisch untersucht. In 15 Fällen war das Blasenbild völlig normal, die übrigen boten Veränderungen ohne nachweislichen spezifischen Charakter, Hyperämie des Blasenbodens, Ödem des Sphinkterrandes, Petechien und Balkenbildung. Der Verf. weist auch auf die Seltenheit von Blasenstörungen bei Syphilitikern hin.

Zwei Fälle von „Fox-Fordyces-Krankheit", von C. Rasch und A. Kissmeyer-Kopenhagen. Das Krankheitsbild besteht in intensiv juckenden, an den behaarten Stellen der Achselhöhlen, der Genitalien und den Warzenhöfen lokalisierten Papeln, die konisch, fest, bräunlich und follikulär sind. Nach der histologischen Untersuchung sitzen die Papeln um die Ausführungsgänge der Haarfollikel und Schweißdrüsen. Das Rete Malpighii ist gewuchert, das Korium infiltriert, die Zellen desselben sind Lymphozyten, seltener Mast-, Pigment- oder Plasmazellen. Pathogenetisch scheint das Primäre der Juckreiz zu sein, der die Veranlassung zu Kratzeffekten und Infektionen bietet.

Klinischer Beitrag betreffend die Beziehung von Hypothyreose zu dystrophischen Veränderungen der Haut, von Friedrich Fischl-Wien. Infolge einer Strumitis nach Typhus abdominalis kommt es zu einer hochgradigen Reduzierung und Unterfunktion der Schilddrüse. Die Haut hat daraufhin eine fahle, graue Farbe angenommen, sich stark verdünnt, ist kühl und trocken geworden, leicht von der Unter-

[1]) Derm. W., 1920, Bd. 71, H. 31.

Digitized by Google

lage abhebbar, glättet emporgehobene Falten nur langsam aus, läßt die Venen durchscheinen, schilfert ab, sieht stellenweise wie zerknüttertes Zigarettenpapier aus. Das Fettgewebe ist überall stark atrophisch, Haare sind ergraut, die Haare brüchig und die Zähne zum größten Teil ausgefallen. Der Blutdruck ist herabgesetzt und ebenso die Tätigkeit der Bauchorgane. Die Substitutionstherapie in Form der Verabreichung von Schilddrüsentabletten zu 0,3, 1—3mal täglich, führte nach sechs Wochen zu einer Gewichtszunahme, Fettansatz, Besserung des Allgemeinbefindens und der Hautveränderungen. Das histologische Bild eines kranken Hautstückes ist das der typischen Atrophie.

Über einen Fall von Jododerma tuberosum, von Georg Tiefenbrunner-München. Der mitgeteilte Fall zeichnet sich durch die Mitbeteiligung von Schleimhäuten aus. Er litt wie fast alle bisher beschriebenen an einer Nierenerkrankung. Nach dem Verf. scheint dieser Umstand das Auftreten des Jodismus zu begünstigen.

Nochmals ein Fall von sogenannter Dermatitis dysmenorrhoica beim Manne, von A. Brauer-Danzig. Der Verf. verteidigt seinen Standpunkt, daß die Derm. dysm. artefizieller Herkunft sei, gegenüber den Angriffen Pollands (Bd. 28, H. 2), der dieselbe auf Störungen des inneren Stoffwechsels der Ovarien bezieht.

Über die Berücksichtigung der Haut- und Geschlechtskrankheiten beim Zwangsfamulieren, von Erich Hoffmann. Der Verf. hält ein 1—2monatiges Famulieren für die venerischen und infektiösen Hautkrankheiten für dringend erforderlich.

Ein Fall von Urticaria perstans verrucosa, von Hans Hirsch und Walter Bruck-München. Bei der 40jähr. Pat. finden sich zahlreiche Effloreszenzen von Reiskorn- bis Erbsengröße an den Extremitäten, mit Ausnahme der Hand- und Fußflächen sowie der Ellen- und Kniebeugen. Ferner finden sich noch solche am unteren Abdomen und im Gesicht. Die kleineren Knötchen zeigen teils Haut-, teils mehr bräunlich-rötliche Farbe, oberflächlich glatt, mit der Haut verschieblich, sind dabei kaum erhaben; die größeren 1—5 mm hoch. Während die kleineren Knoten nur durch ihre Konsistenz auffallen, sind die größeren auch bräunlich pigmentiert, manchmal im Zentrum dazu schwach rötlich, rauh und leicht desquamierend. Histologisch ergab sich, daß als Sitz der Erkrankung die Kutis anzusehen ist. Das kollagene Gewebe ist dicht, zellarm. Die entzündlichen Infiltrate finden sich perivaskulär und follikulär. Scharf abgesetzt erwecken sie den Eindruck von Einlagerungen. Die Infiltrate bestehen aus Rundzellen und daneben aus Mast- und eosinophilen Zellen. Im Blutbild besteht auffallende Leukozytose. Im Gegensatz zur Pseudoleukämie fehlt indessen die Schwellung der Milz und der Drüsen, auch sind die histologischen Bilder andere. Bemerkenswert ist ferner das Vorliegen eines Basedowschen Zustandes.

Über Porokeratosis Mibelli, von W. Bruck und H. Hirsch-München. Die Krankheit entwickelte sich sehr frühzeitig, bereits in einem Alter von vier Wochen. Verlauf und Aussehen war im übrigen durchaus typisch. Dasselbe gilt bis auf kleine Abweichungen vom histologischen Bilde. Parakeratotische Wucherungen im Haarfollikel und Schweißdrüsenausführungsgange, welche in den Arbeiten von Mibelli und Respighi eine Rolle spielen, waren nirgends zu finden, da im Bereiche der Veränderung Haare und Talgdrüsen fehlten. Klinisch ist bemerkenswert, daß das Zentrum bei den großen landkartenähnlichen Herden des Falles nur sehr geringe Atrophie aufweist. Ein hyperämischer Hof war nur selten und da noch undeutlich zu sehen. Ebenso fehlte stärkere Pigmentierung des Zentrums. Vor allem fehlte jene Furche auf der Höhe des Walles, die Mibelli für pathognomonisch hält. Diese durch den histologischen Bau begründete Furche ist klinisch nur dann zu sehen, wenn die Hornlamelle der Veränderung sich von einer Seite des Kanals, meist von der äußeren, löst. Bezüglich der Lokalisation, die im allgemeinen nicht beschränkt ist, sind in diesem Falle die Extremitäten besonders bevorzugt. Eine Gruppierung der Herde nach Nervensegmenten bestand nicht. Eine Heredität war nicht nachweisbar. Differentialdiagnostisch wird auf Lichen ruber und Psorospermose hingewiesen, therapeutisch auf die Unzulänglichkeit der verschiedenen Behandlungen. Da ein Beweis für eine andere Ätiologie nicht erbracht werden kann, ist die Erkrankung der Nävusgruppe zuzurechnen.

Heft 5.

Exanthematische Syphiliseruption im Anschluß an ein Gumma, von Herbert Plauer-Wien. Die Unterscheidung der dem Primäraffekt folgenden luetischen Symptome in sekundäre und tertiäre ist nicht bloß klinisch, sondern auch durch die Versuche von Finger-Landsteiner und die Kutireaktion von Noguchi begründet. Abweichung vom periodischen Verlauf der Lues ist das gleichzeitige Vorkommen von

Digitized by Google

sekundären und tertiären Manifestationen an dem gleichen Individuum. Man kann hierbei zwei Gruppen unterscheiden. Die erste bilden jene Fälle, in denen es bei bestehenden tertiären Symptomen zu einer Reinfektion kommt, indem die tertiären Erscheinungen von der ersten, die primären und sekundären von einer zweiten Infektion herrühren. In der anderen Gruppe zeigen sich sekundäre und tertiäre Symptome, ohne daß die ersteren auf eine Reinfektion zurückgeführt werden können. Zu ihnen gehört der mitgeteilte Fall. Der Pat. hatte 1902 Lues akquiriert. Außer dem Primäraffekt wurden papulöse Haut- und Schleimhauteruptionen beobachtet. Nach mehrfach wiederholter Schmierkur, bis ins 5. Jahr nach der Ansteckung, blieben die Erscheinungen fort. Anfang Oktober 1916 bekommt der Pat. an der Peniswurzel ein Gumma, dessen Natur auch durch die histologische Untersuchung sichergestellt wurde. Drei Monate nach der Exzision kommt es zu einem papulokrustösen ulzerösen Syphilid des Stammes und einer Impetigo syphilitica capillitii, wahrscheinlich auf hämatogenem Wege. Eine unanfechtbare Erklärung, weshalb sekundäre Symptome noch im manifesten tertiären Stadium der Lues auftreten können, läßt sich nicht geben.

Ein Beitrag zur Diagnose des Lichen albus (v. Zumbusch), von Wilhelm Schmedding-München. Das bemerkenswerte an dem mitgeteilten Fall ist, daß er Gelegenheit zu einer dreijährigen Beobachtung bot. Die primären Herde waren annähernd rund, stecknadelkopfgroß und rot, erst im späteren Verlauf nahmen sie eine weiße Farbe an, die von der Umgebung durch einen roten Saum getrennt war. Die Oberfläche war glatt, nur an manchen Stellen fanden sich kleine trichterförmige Vertiefungen mit kleinsten schwarzen Einlagerungen. Durch Schwinden des Hautreliefs und Ausfall der Haare sind die Herde von auffallender Glätte, bei erhaltener Geschmeidigkeit sind sie derb und können leicht in Falten abgehoben werden. Die Herde beginnen zwei Wochen nach ihrer Entstehung zu wachsen, um nach einem Jahr ihren Höhepunkt zu erreichen; der größte Herd betrug 18 : 12 cm im Durchmesser. Im zweiten beginnt die Rückbildung und im dritten Jahr ist dieselbe durchweg vollendet. Die Heilung erfolgt unter Pigmentierung und Abschuppung. Narben bleiben nicht zurück, aber die Behaarung stellt sich nicht wieder ein. Subjektive Beschwerden bestehen nur in Jucken, welches im Verlauf der Krankheit zu Kratzeffekten und Pigmentationen führt, im Stadium der Rückbildung aber verschwindet. Differentialdiagnostisch kommt Psoriasis, Lichen ruber erythematodes und planus, ätiologisch der Lichen sclerosus und die Sklerodermie in Betracht.

Über einen Fall von Orientbeule, zugleich ein Beitrag zur Histologie derselben, von Felke-Rostock. Der Fall betrifft einen deutschen Orientkämpfer, der sich September bis Dezember 1917 in Aleppo aufhielt, darauf bis Mai 1918 an der Palästinafront, infolge Verwundung kehrte er im Oktober nach Deutschland zurück. Hier trat Mitte Oktober auf dem rechten Handrücken ein kleiner Pickel auf, der sich zu einem ulzerierten Infiltrat entwickelte, das den Eindruck eines Primäraffektes erweckte. Die histologische Untersuchung stellte Orientbeule mit ihren typischen Erregern fest. Die Parasiten lagen innerhalb großer Zellen, die sich in der Mitte des Infiltrates fanden.

Papillomatosis cutis maligna, von Gustav Fantl-Prag. Der Fall betrifft einen 51jähr. Mann, der zunächst mit der Diagnose Karzinom aufgenommen wurde. Auf dem Dorsum des derb geschwollenen Penis befindet sich ein großer Substanzverlust, der von nässenden Papillomen fast ganz ausgefüllt wird. Auch das Präputium zeigt einen von Papillomen besetzten Defekt. Der Tumor des Schaftes setzt sich in die linke Leistengegend fort. Oberhalb der Symphyse ein hühnereigroßes Papillom, unterhalb des Nabels ein etwas kleineres. Einzelne Papillome am Skrotum und in der Skrotofemoralfalte. Die Oberfläche der Tumoren ist zerklüftet, warzig und blutend, auf Druck quillt Eiter aus der Tiefe. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um spitze Kondylome handelte.

Über Terogentabletten, ein internes Antiblennorrhoikum, von Adolf Schuftan-Berlin. Terogentabletten bestehen aus 75% Extr. Pichi-Pichi, 14,5% Extr. Kawa-Kawa, 5,5% Lezithin und 0,01 Ol. Chamonill. aeth. (von der Calcion-Gesellschaft, Berlin, hergestellt). Man gibt 3mal täglich 3—4 Stück. Nach dem Gebrauch der Tabletten wird der Urin neutral bis sauer. Vor allem wird das Schmerzgefühl der Urethra schnell beseitigt. In frischen Fällen vermindert sich die Sekretion, bei Posterior klärt sich der Urin in der zweiten Portion, und bei Zystitis läßt der Harndrang nach. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Kurze Bemerkungen zur Arbeit von W. Gärtner: Was lehrt die serologische Sonderstellung des Liquor cerebrospinalis und des Kammerwassers bei Typhus,

Digitized by Google

Fleckfieber und Syphilis für die Behandlung der Syphilis, in Bd. 28, H. 3, S. 147ff. dieser Zeitschrift, von V. KAFKA-Hamburg. Der Verf. weist zunächst darauf hin, daß nach seinen Untersuchungen für die Rückenmarksflüssigkeit als Entstehungsort der Plexus chorioideus in Betracht kommt, während im pathologischen Zustand noch das Exsudat der erkrankten Meningealgefäße hinzutritt. Die von ihm ausgeführten Permeabilitätsversuche ergaben, daß bei aktiver Immunisierung das Hämolysin und das Präzipitin, bei passiver das Antitoxin in den Liquor übergingen. In fast 20% der Paralytiker findet der Verf. bei gleichzeitiger Abnahme deutlich positive WR im Liquor und negative oder geringe im Blute. Die Paralyse ist zumeist eine reine Organerkrankung, von ihrer Ausdehnung hängt es ab, ob die Reagine in solcher Menge vorhanden sind, daß sie auch ins Blut überschwemmen. Bei der Paralyse geht gewöhnlich der Normalambozepter in den Liquor über, seltener das Komplement; bei der Lues cerebri acuta ist die Reaktion auf Gesamthämolysin positiv, bei der chronischen negativ. Das Auftreten der Normalhämolysine ist an das Vorhandensein eines Eiweißkörpers gebunden. Die HR ist eine Permeabilitätserscheinung, wie sich auch durch die Beobachtung bei Flecktyphus ergibt. Doch gibt es auch Fälle mit positiver HR im Liquor bei fehlendem Normalambozeptorgehalt des Blutes. Stoffe, welche eine gewisse Affinität zum Gehirngewebe besitzen, dringen leichter in den Liquor (Alkohol, Azeton, Chloroform, Urotropin) als andere. Die endolumbale Salvarsanbehandlung kann für Tabes nützen, nicht aber für Paralyse.

Heft 6.

Wie ist die radikale Frühheilung der seropositiven Primärsyphilis und der frühsekundären Syphilis am sichersten zu erreichen? von HABERMANN und SINN-Bonn. Die kombinierte Therapie ist der reinen Salvarsanbehandlung an Dauerwirkung erheblich überlegen. Notwendige Voraussetzung ist die Feststellung der Spirochaeta pallida im Gewebssaft der Primäraffekte oder der Leistendrüsen. Der Standpunkt, daß man in allen verdächtigen Fällen auch ohne Spirochätennachweis eine Abortivkur einleiten soll, ist zu verwerfen, mit Ausnahme der Ehefrauen syphilitischer Männer, wenn die Ansteckungsgefahr sehr groß war. Gegenüber den Kombinationskuren mit weniger Salvarsan oder reinen Behandlungen mit diesem Mittel sehen die Verf. bei seronegativen Primärfällen niemals ein Rezidiv bei kombinierter Kur (neunmal Natriumsalvarsan, erste Injektion 0,45, die folgenden zu 0,6 und ebensovielmal Ol. cin., Merzinal, Hg sal., Schmierkur) mit Ausnahme von wenigen Fällen. Durch Einführung einer zweiten Kur, die einer Wiederholung der ersten nach sechs Wochen entspricht, ergab sich, daß kein Fall von seropositiver primärer oder frischer sekundärer Lues selbst bei jahrelanger Beobachtung irgendwelche Rezidiverscheinungen geboten hat.

Die Entwicklung und der heutige Stand der Röntgenbehandlung des Frauenbartes, von FRITZ M. MEYER-Berlin. Die Methode besteht darin, daß das Gesicht, wenn es sich um eine ausgedehnte Hypertrichose desselben handelt, in 6—8 Felder geteilt und jedes Feld mit drei Volldosen bestrahlt wird (510 F nach FÜRSTENAU bei 4 mm Aluminiumfilter). Nach 14 Tagen Haarausfall, der nach 25 Tagen vollständig ist. Nach 6 Wochen wird die Sitzung wiederholt, der nach einer neuen Pause von 8 Wochen eine 3. Bestrahlung angeschlossen wird. Sind nach der 2. Bestrahlung nur wenige Haare wiedergekommen, so kommt man mit drei Bestrahlungen aus. Im anderen Falle ist eine 4. Behandlung nach einer Pause von 10 Wochen anzuschließen. Schwarze lange Haare reagieren im allgemeinen am besten, lange dünne Flaumenhaare weniger gut, kurze kleine und helle verhalten sich sehr refraktär. Besonders fallen die Haare der Oberlippe nur schwer aus und kommen leicht wieder. Unter den Nebenwirkungen ist eine Anschwellung der Haut und Schleimhäute zu bemerken, ferner eine solche der Drüsen, weiter eine Trockenheit des Mundes, Abnahme der Speichelabsonderung und des Appetites. Außerdem kann hinzukommen Kopfschmerz, Neuralgie, Übelkeit und Abspannungsgefühl. Die Symptome verschwinden meist nach 24—48 Stunden. Ziehen und Reißen in den Zahnpartien läßt sich durch Abdecken der Schleimhäute vermeiden. Rauhigkeit und Sprödigkeit der Haut läßt sich durch Anwendung von Salben bessern. Spätreaktionen wurden nie beobachtet. Wichtig ist schließlich noch, alle Reizungen zu vermeiden und dem Kranken die Benutzung von Wasser und Seifen, ebenso Rasieren und Epilieren für die Dauer der Behandlung zu verbieten. Das Verfahren ist langwierig und teuer.

H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Bakteriologie.

Die Methode des dicken Tropfens in Anwendung auf die Opsoninbestimmung, von P. Frosch-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 83, H. 5.) Die Mischung des Kapillarinhaltes erfolgt sofort nach der Aufnahme der einzelnen Bestandteile in die Kapillare in der von Wright angegebenen Weise, auf einem großen Deckglase von 32 × 32 mm Fläche und 0,16 cm Dicke. Das Deckglas mit der Mischung wird auf eine Kammer aufgelegt, die einem hohlen Objektträger entsprechen soll und folgendermaßen hergestellt wird: Als Grundlage dienen Objektträger von 3,5 × 6,9 cm, auf die mit Plastilin Glasringe luftdicht aufgekittet werden. Diese haben 3 mm Wandstärke (äußerer Durchmesser 3 cm), Höhe 5 mm. Auf die obere mit Vaseline eingeriebene Fläche des Ringes wird das Deckglas mit dem Kapillarinhalt in bekannter Weise luftdicht aufgelegt. Das Präparat kommt für die beabsichtigte Zeit in den Brutschrank. Zur Zählung der phagozytierten Bakterien wird das Deckglas abgenommen, die anhängende Schicht bis dicht an die Grenze der anhaftenden Vaseline ausgestrichen und getrocknet, nicht fixiert! Nach dem Trocknen läßt sich die Vaseline leicht mit Fließpapier entfernen. (Die zurückbleibenden Spuren verhindern übrigens das Überfließen der Farblösung über den Deckglasrand.) Zur Färbung des Präparates dient nun die Methode des dicken Tropfens, die, richtig ausgeführt, lediglich Bakterien und Leukozyten erkennen läßt. Der Vorteil dieser Modifikation liegt darin, daß von dem ursprünglichen Inhalt der Kapillare nichts oder doch sehr viel weniger verloren geht, als bei jedem anderen Verfahren. O. Gans-Heidelberg.

Über eine der Weilschen Spirochäte ähnliche Zahnspirochäte des Menschen (Spir. trimerodonta) und andere Mundspirochäten, von Erich Hoffmann-Bonn. (D. m. W., 1920, Nr. 10.) Nach neueren Untersuchungen teilt H. die Spirochäten der Mundhöhle ein in: 1. Spir. buccalis (grob, weit gewunden, aalartig sich schlängelnd); 2. Spir. dentium (sägeartig, eng gewunden, fein); 3. Spir. media oris (der Pallida ähnlich, doch dicker und mit flacheren Windungen). Die feinen Spir. dentium zeigen 3 Abarten: die häufigste Form, Spir. dentium Koch, könnte auch Spir. orthodonta benannt werden, wegen ihrer geraden und regelmäßigen Gestalt, wenig tief und eng gewunden. Die aktive Beweglichkeit erlischt schon nach Stunden, wobei sie in den Windungen der Pallida ähnlich wird. (Vorsicht bei Diagnosen nach eingesandten Kapillaren.) Die 2. Form möchte H. Spir. scoliodonta nennen, hat buckel- oder wurmartige Bewegungen, ist sehr fein, sägeförmig und eng gewunden, behält in Dauerpräparaten ihre Form und bis zu 8 Tagen ihre Beweglichkeit bei, sie ist schwächer lichtbrechend und daher schwerer erkennbar. Die 3. Form ist der Weilschen Spirochäte, Spir. icterogenes, dem Erreger des fieberhaften infektiösen Ikterus, sehr ähnlich. Sie ist dreiteilig und besitzt kleiderbügelartig umgebogene Enden und eine durch deren quirlartige Drehungen bedingte eigentümliche Bewegungsform. H. bezeichnet diese erst bei seinen letzten Untersuchungen entdeckte Form als Spir. trimerodonta. Aus dieser Formenmannigfaltigkeit ergibt sich die Schwieripkeit der Diagnose bei Mischpräparaten, weshalb in allen zweifelhaften Fällen zur Drüsenpunktion geraten wird. de Lemos-Hamburg.

Zur Desinfektionswirkung von Chinaalkaloiden auf Streptokokken und Staphylokokken, von Martin Kaufmann. (Br. Beitr. z. klin. Chir., 1919, Bd. 116, H. 5.) Die ausgedehnten Versuche des Verf. führen zu folgendem Resultate: Der Staphylococcus aureus wird durch Vuzin langsam, Staphylococcus albus schneller, Streptokokken werden äußerst rasch beeinflußt. Eine Arzneifestigkeit tritt während der Behandlung nicht auf. Das Vuzinotoxin ist dem Vuzin an Schnelligkeit der Wirkung bedeutend überlegen. In seinem Askites nimmt die Desinfektionsfähigkeit beider Präparate ab, sie ist jedoch beim Vuzin noch eine sehr hohe, beim Vuzinotoxin entsprechend höher. W. Chrzelitzer-Posen.

Ulzerationen im Munde und Pharynx in Verbindung mit Vincentschen Bazillen (Les Lésions ulcereuses de la Bouche et du Pharynx, dans lesquelles ou trouve le Fuso-bacillaire de Vincent), von David u. Hecquet. (Presse méd., 1920, Nr. 6.) Sowohl bei der Zivilbevölkerung in Rumänien als auch bei den einheimischen und französischen Soldaten haben Verff. in Galatz sowohl das epidemische Auftreten von Skorbut als auch ausgedehnte Ulzerationen am Zahnfleisch und der Wangenschleimhaut und den Mandeln als Folge der Infektion mit Vincentschen Bazillen gesehen. Sie unter-

Digitized by Google

scheiden Fälle mit akutem, rapidem Verlauf und Fälle mit torpidem Verlauf. Bei der ersteren Gruppe sind die Mandeln weniger beteiligt; bei der anderen dagegen mehr, obwohl hierbei auch die Wangenschleimhaut in starkem Maße mitbeteiligt ist. Auffallend war ihnen, daß namentlich der obere Pol der Tonsille befallen wurde, und daß große Substanzverluste sich entwickelten. Zur Behandlung kam hauptsächlich Arsenobenzol zur Anwendung; man reinigt die Geschwüre durch Betupfen mit einer 10%igen Höllensteinlösung und pinselt dann mit einer Lösung von Salvarsan in Glyzerin (0,9:30,0) ein. Diese Lösung hält sich etwa 14 Tage lang, ohne unbrauchbar zu werden. Außerdem wurden alle 6 Tage intravenöse Injektionen (anfangs 0,3 mit jedesmaliger Steigerung um 0,15) gegeben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Beobachtungen an den Hautkapillaren bei Kindern mit exsudativer Diathese, von Meta Holland und Luise Meyer, mit einem Vorwort von Otfried Müller. (M. m. W., 1919, Nr. 42.) Die Verff. haben die Müller-Weissche Methode der Untersuchung der Kapillare am Lebenden auf Säuglinge und Kinder angewandt. Sie beschreiben zunächst das normale Bild der Kapillaren, wie es sich von der Geburt bis zur völligen Entwicklung der Kapillaren (etwa 3. Monat) gestaltet. Durchschnittslänge der Endschlingen etwa 0,15 mm, Breite 0,03—0,05 mm. Selten Längen- und Kaliberschwankungen, Endschlingenverlauf meist geradlinig, keine Anastomosen. Demgegenüber stellten sie fest, daß das Kapillarbild bei Kindern mit exsudativer Diathese, also bei Kindern, welche außer an allen möglichen Dermatosen auch an rezidivierenden Bronchitiden, Pylorospasmen und erotischer Veranlagung leiden, ein anderes war: Durchschnittslänge der Endschlingen bis 0,45 mm, starke Längen- und Kaliberschwankungen, Endschlingenverlauf regellos, zahlreiche Anastomosen. Jedoch sind die Grenzen vom normalen und anormalen Bild nicht scharfe, ebenso wie die der normalen und anormalen Konstitution. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Über die Durchlässigkeit der Gefäße, von J. Bauer u. B. Aschner. (W. kl. W., 1919, Nr. 50.) Abnorme Durchlässigkeit der Gefäße besteht zweifelsohne in zwei Formen, je nachdem es sich um eine hämorrhagische Diathese handelt oder um Ödembildung. Für erstere ist durch die neueren Forschungen eine Insuffizienz der Interzellularsubstanz der Gefäßwände nachgewiesen, welche zu kleinen, den Austritt von zelligen Blutelementen gestattenden Dehiszenzen der Kapillarendothelien Veranlassung gibt. Zur Lösung der Frage von der Entstehungsweise des Ödems haben Verff. nach dem Vorgang von de Crinis die im Blutgefäßsystem enthaltene Flüssigkeitsmenge vor und bald nach einer intravenösen Injektion von 500—550 ccm einer 0,86%igen NaCl-Lösung refraktometrisch bestimmt. Außerdem wurde der Chlorgehalt des Blutes nach dem jodometrischen Verfahren von McLean u. Slyke festgestellt. Die Beobachtungen wurden an 10 Patienten der Klinik mit verschiedenen Krankheiten ausgeführt. Aus den dabei sich ergebenden Resultaten mögen an Einzelheiten hervorgehoben werden, daß die Gefäßdurchlässigkeit so hochgradig erhöht sein kann, daß bei der zweiten Blutentnahme keine Blutverdünnung, sondern sogar eine geringe Blutverdickung sich ergibt; wenigstens war dies bei einem Fall von Quinckeschem angioneurotischem Ödem und einem Fall von Diabetes insipidus der Fall. Dabei ist durchaus nicht unbedingt eine derartige abnorme Durchlässigkeit der Gefäße mit Ödembildung verknüpft. Vielmehr ist zu erwägen, ob nicht dies schnelle Austreten der Flüssigkeit durch die Gefäßwände weniger auf Veränderungen in der Gefäßwandbildung als vielmehr auf veränderter Beschaffenheit des umgebenden Gewebes beruht. Ferner ist bemerkenswert, daß bei 17 der Chloridbestimmung des Blutgehalts vor und nach der Kochsalzinfusion unterworfenen Fällen sich der Chloridgehalt bei der zweiten Blutprobe durchaus nicht besonders erhöht, bei einigen (7) Fällen sogar vermindert erwies. Es findet also bei erhöhtem Kochsalzgehalt des Blutes eine fast augenblickliche Auswanderung der Chlorionen aus der Blutbahn statt. Der Austritt des Wassers aus den Gefäßen erfolgt im allgemeinen langsamer als der der Chlorionen. Es findet aber auch nicht etwa eine Bindung des Chlors in erhöhtem Maße an Formbestandteile des Blutes statt, wie dies für Jodnatrium von Philippi bei intravenöser Injektion nachgewiesen wurde. Ferner wurde bei Aufnahme von Mineralwasser und gewöhnlichem Wasser (1 Liter) per os bei 3 Versuchen umgekehrt das Eintreten einer Vermehrung der Flüssigkeit in den Blutgefäßen beobachtet. Einige im Anschluß an diese Beobachtungen angestellten therapeutischen Versuche ließen definitive Schlußfolgerungen nicht zu. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Die Bestimmung von Azeton und Azetessigsäure mit dem Autenriethschen Kalorimeter, von Emil Lenk. (M. m. W., 1919, Nr. 39.) Nach Lenk hat Schall einfach die Lenksche Methode übernommen und benutzt nur statt eines Meßzylinders ein Autenriethsches Kalorimeter. Schall verteidigt in einer Replik seine Methode.
v. Notthafft-München.

Der Frühtod bei Verbrennungen, von Paul Neusa-Wien. (W. m. W., 1919, Nr. 45.) Das Krankheitsbild der Verbrennung von etwa $^1/_4$—$^1/_3$ Körperoberfläche gleicht einer Vergiftung. Der Frühtod bei solchen Fällen erfolgt durch Herz- und Gefäßlähmung. Untersuchungen am Frosch ergaben, daß das Serum Verbrannter ein Gift aufweist, welches einerseits muskarinartig aufs Herz, durch Vaguserregung Dissoziation, Herzblock, endlich Stillstand und andererseits peripher kurareartig wirkt. Für eine solche Wirkung kommen aller Wahrscheinlichkeit nach in Betracht Cholin oder vielmehr seine Ester. Atropin hebt die Vaguswirkung auf. Bei fünf Fällen schwerer und schwerster Verbrennung blieben drei länger als sonst am Leben, und zwei erholten sich, nachdem sie 3—3,5 mg Atropin intravenös erhalten hatten. Durch das Atropin wird der Gefäßlähmungstod vermieden, während Fieber, Oligurie, Erbrechen, Durchfälle, Anurie und Koma nicht beeinflußt werden. Das Atropin beseitigt aber nur die Wirkung der Giftsubstanzen, die sich innerhalb der ersten 24 Stunden zu einem Herzgefäßlähmungstode verdichten, nicht aber die Gefahren des zweiten Stadiums. Denn am 4.—5. Tage werden die vom Atropin nicht beeinflußten Symptome gefahrdrohend. Hervorgerufen wird das zweite Stadium durch den toxischen Eiweißzerfall der Organe, besonders der Niere, der zur Degeneration derselben führt. Damit tritt das Krankheitsbild der Verbrennung in Parallele mit der Phosphorvergiftung. H. Vörner-Leipzig.

Mikroskopische Hautstudien am Lebenden, von H. Schur-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 50.) In ähnlicher Weise wie Lombard hat vor etwa zwei Jahren Verf. ein Mikroskop konstruiert, mit dem er die lebende Haut bei 100facher Vergrößerung zu untersuchen imstande ist. Der betreffende Hautteil wird mit Paraffin oder Glyzerin bestrichen und mit einem Deckgläschen bedeckt. Als Lichtquelle ist eine gasgefüllte 50—100kerzige Lampe am besten zu gebrauchen. Das Mikroskop wird von Zeiß hergestellt. Mit Hilfe desselben hat Sch. namentlich über den Zustand der Blutgefäße in der Haut, aber auch über Pigmentanomalien, Molen, Sommersprossen, Psoriasis usw. Studien angestellt. Die dabei festgestellten Befunde sind ihren Hauptmomenten nach dargelegt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mikroskopische Hautstudien am Lebenden, von H. Schur. Aussprache zum Vortrag in der Gesellsch. d. Ärzte in Wien, 12. XII. 1919. (W. kl. W., 1919, Nr. 52.) F. Deutsch: Die Zahl der Kapillaren am Limbus zeigt, wie man namentlich mit dem Metzschen Okular gut feststellen kann, im allgemeinen keine erheblichen Schwankungen und beträgt durchschnittlich 80—100 auf 1 qcm. Eine gewisse Vermehrung findet man öfters bei gefäßneurotischen Personen, welche ständig an kalten Händen und Füßen leiden und zu Erfrierungen neigen. Deutliche Beeinflussung des Tonus der Gefäße sieht man unter der Einwirkung der künstlichen Stauung, von Temperaturreizen, von Kohlensäurebädern und von Adrenalin. Häuptsächlich sieht man als Folgewirkung dabei Änderungen der Stromgeschwindigkeit in den Kapillaren. — G. Riehl: Es ist zu hoffen, daß durch Verwendung der Gulstrandschen Spaltlichtlampe, welche für die Ophthalmologie so wertvolle Dienste geleistet hat, auch auf dermatologischem Gebiete weitere Aufschlüsse zu erhalten sein werden. Bei der Beurteilung der episkopischen Bilder ist darauf zu achten, daß die Haut nicht über das physiologische Maß hinaus gedehnt werde, da hierdurch die Begrenzung zwischen Kutis und Epidermis sich leicht bis in eine gradlinige Form verschiebt. Von einer Vermehrung der Kapillaren, die Schur an einigen Befunden erwähnt, könne wohl eigentlich nicht die Rede sein. — Schur: Kapillarvermehrung ist doch tatsächlich in manchen Fällen zu beobachten, wenn auch es nötig ist, sich vor Verwechselung derselben mit einfachem stärkerem Sichtbarwerden von Kapillaren bei Stauung zu hüten. Zur leichteren Handhabung des Mikroskops bei diesen Untersuchungen hat Redner seit kurzem sich des einfachen Kunstgriffs bedient, dasselbe nicht direkt auf die Haut zu bringen, sondern eine kleine Glasplatte, evtl. mit einem passenden Ausschnitt versehen, zwischen Mikroskop und das zu untersuchende Hautgebiet einzuschieben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Lipoide in ihrer Bedeutung als akzessorische Nährstoffe, von W. Stepp-Gießen. (M. Kl., 1920, Nr. 3.) Dieses Thema hat Verfasser auf Grund verschiedener bereits publizierter Tierexperimente zu klären versucht und bespricht nun im Zusammenhang kritisch die Ergebnisse der zerstreuten Publikationen sowie die Resultate anderer

Digitized by Google

Beobachter. Es waren Fütterungsversuche an Mäusen ausgeführt, bei denen diese ein durch Extraktion mit Alkohol lipoidfrei gemachtes Futter erhielten, wodurch die Unentbehrlichkeit dieses akzessorischen Nährstoffs deutlich zutage trat. Daß die mit der Alkoholextraktion verbundene Vernichtung des Vitamins nicht dabei ausschlaggebend war, bewiesen Kontrollfütterungsversuche mit lipoidfreier Nahrung unter Beigabe von Vitamin. Andererseits konnte durch Zugabe von einer Mischung von Ovolezithin, Zephalin, Zerebron und Cholesterin nebst Vitamin das Leben der Tiere längere Zeit erhalten werden. Desgleichen gingen Tauben, denen als Futter nur lipoidfrei gemachter Hundekuchen verabreicht wurde, in kurzer Zeit zugrunde. Weitere Versuche an Hunden ergaben, daß die deletäre Wirkung einer lipoidfreien Nahrung durch Verabreichung von Vitamin zwar gehemmt, aber nicht ausgeschaltet werden konnte. Sehr bemerkenswert war die Steigerung der Freßlust der Tiere, welche eintrat, wenn zu der lipoid- und vitaminfreien Nahrung eine Zugabe an Vitamin erfolgte. Analoges ist auch von J. Hofmeister beobachtet worden. Ein weiteres bemerkenswertes Moment bei diesen Versuchshunden ist die dabei zu konstatierende hochgradige Atrophie des Pankreas, deren Beziehungen zu dem sonstigen Vorgang noch der weiteren Untersuchung bedürfen. Ferner wurde der Frage der Cholesterinbildung bei lipoidfreier Ernährung näher getreten. Es ergab sich bei drei lipoidfrei ernährten Hunden bei der Sektion ein ganz ungewöhnlich niedriger Gehalt an Cholesterin in der Galle, indem nicht einmal der vierte Teil des mittleren Durchschnittswertes erreicht wurde, und auch im Blute dieser Tiere lagen die nachzuweisenden Mengen an der unteren Grenze des Normalen. Für den menschlichen Organismus gilt das Cholesterin als ein streng exogener Körperbestandteil. Aus allen diesen Feststellungen ergibt sich zunächst wenigstens das Resultat, daß die Lipoide als unentbehrlicher Nahrungsbestandteil zu betrachten sind.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur vergleichenden Pathologie der melanotischen Gewächse, von O. Lubarsch-Berlin. (M. Kl., 1920, Nr. 8.) Zu den Punkten, welche auf diesem Gebiete der weiteren Aufklärung bedürfen, gehören, wie Verf. eingehend darlegt, einesteils die Frage von der primären Lokalisation der Gewächse, ferner die Beziehungen zum Pigmentstoffwechsel und zum Alter, drittens die Bedeutung äußerer Reize und der erblichen Veranlagung sowie die Frage der Metastasenbildung und ihrer Lokalisation. Daß die melanotischen Gewächse nicht durchweg einen sarkomatösen Ausgang haben, kann jetzt, wie Unna gezeigt hat, als feststehend angesehen werden. Die von Ribbert gewählte Bezeichnung „Chromatophorome" als Ausdruck einer einheitlichen Entstehungsweise ist demnach nicht angemessen; L. will die Gebilde lieber als „Pigmentzellengewächse" oder „Melanozytoblastome" bezeichnen. Aus der tierärztlichen Praxis sind weitere Aufschlüsse wohl zu erwarten, indem vielfach bei Hunden und Pferden, namentlich Schimmeln, solche Gewächse vorkommen. Daß die vermeintliche Entstehung primärer melanotischer Gewächse an normalerweise pigmentfreien Organen wohl stets auf einem Beobachtungsfehler beruhen dürfte, wird an einigen interessanten Beispielen erläutert. Zweifelhaft ist andererseits die Rolle, welche die Nebenniere hierbei spielt. Im Tierreich wird Pigment an diesem Organ vielfach vermißt, kommt aber beim Rind nicht ganz selten darin vor. Interessant sind auch die Statistiken Folgers von der Berliner tierärztlichen Schule, der bei Pferden mit bösartigen Gewächsen den Prozentsatz der Melanosarkome zu 42,88% bestimmte, während dieselben bei Hunden nur mit 0,35% vertreten waren. Beim Menschen fand L. unter einer Reihe von 2274 Krebsen und Sarkomen 20 melanotische, = 0,89%.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Entzündungsbegriff mit besonderer Berücksichtigung der trüben Schwellung und der fettigen Degeneration, von D. v. Hansemann. (M. Kl., 1920, Nr. 10.) Der Begriff der Entzündung läßt sich nicht scharf umgrenzen; wenn man sich klar machen will, was darunter verstanden wird, muß man sich die historische Entwicklung des Begriffs vor Augen führen. Viele entzündliche Prozesse sind durch ihre Eigenschaft als Abwehrvorgänge gekennzeichnet, doch trifft dies nicht für alle zu. Auch die Vorgänge der Exsudation, der Blutung, der Wucherung usw. sind hervorragende Eigenschaften, aber keine unentbehrlichen Merkmale der Entzündung, und es ist nötig, genauer noch zu kontrollieren, wieweit diese Vorgänge in Beziehung dazu zu bringen sind. Auch über den Vorgang der trüben Schwellung an Nieren und Leber sind weitere Untersuchungen, wie Verf. in längerer Auseinandersetzung darlegt, nötig. Namentlich ist die Frage zu klären, ob und inwieweit die trübe Schwellung in Zellnekrose und in fettige Degeneration übergehen kann. Zu diesem Punkte bringt Verf. ausführliche eigene histologische Beobachtungen bei. Ferner wendet er sich gegen die in der neuen

Digitized by Google

Literatur vielfach bemerkbare Unklarheit über das, was unter der Bezeichnung Lipoide zu verstehen ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Anaphylaxie und Heilsera, von O. Kammann-Hamburg. (Bioch. Zschr., Bd. 59, H. 5/6.) Verf. hat, wie auch von anderer Seite geschehen ist, Versuche angestellt, um Pferdeserum von den anaphylaktisch wirkenden Stoffen zu befreien. Zur Abscheidung der Globuline und Albumine wurde zunächst Ammoniumsulfat zugesetzt, und nach weiterer Bearbeitung auf verschiedene Weise wurden Meerschweinchen einer Impfung unterzogen. Die nach 20 Tagen vorgenommene intravenöse Seruminjektion ergab aber bei 2 Serien von je 9 Tieren keine Beseitigung der anaphylaktischen Komponenten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Überempfindlichkeit und Immunität bei Geschlechts- und Hautkrankheiten, von E. Finger. (W. m. W., 1920, Nr. 1.) Die Syphilis gehört zu den Krankheiten, bei denen das in den Körper gelangte Virus einen chronisch-intermittierenden Verlauf nimmt. Die Experimente beim Affen zeigen, daß die anthropoiden noch ein universelles Exanthem bekommen, die niederen Affen dagegen nur an bestimmten Stellen, Genitale und Augenbrauen; beim Kaninchen und der Ziege ist es die vordere Augenkammer und bei ersterem noch der Hoden. Beim niederen Affen bleibt der Primäraffekt ferner ohne Induration und heilt nach 3—4 Wochen spontan ab. Trotzdem handelt es sich nicht um eine örtliche Affektion, denn eine Impfung mit dem Brei von Hoden, Ovarien, Milz und Knochenmark ergibt einen positiven Ausfall. Bezüglich der Empfänglichkeit der Organe existieren drei Möglichkeiten; neben vollempfänglichen, in denen das Virus sofort krankhafte Erscheinungen hervorruft, gibt es unempfängliche, in denen es zugrunde geht, und schließlich auch Organe, welche dem Virus, ohne selbst zu erkranken, einen saprophytischen Aufenthalt gewähren. Diese Möglichkeiten erklären den Verlauf der Syphilis beim Menschen. Bei der Syphilis humana tritt keine absolute Immunität ein, aber der kranke Organismus reagiert anders als der gesunde; Impfungen zeigen den Charakter der Effloreszenzen, an welchen der Kranke zur Zeit leidet. Das Auftreten der Erscheinung wird durch den Rückgang der Immunstoffe, ihr Verschwinden durch die Zunahme derselben bestimmt, während die Form der Erscheinungen durch die Umstimmung des Gewebes bedingt wird. Die zunehmende Immunität läßt nur noch wenige Spirochäten auskeimen, aber die zur Überempfindlichkeit gesteigerte Umstimmung des Gewebes reagiert stärker. Die Folge dieses Verhaltens ist die Bildung von Gummen. Bei der Tuberkulose liegen die Verhältnisse anders, denn die Disposition der Haut zur Erkrankung ist wesentlich geringer als diejenige aller übrigen Organe. Kutane Impfungen gesunder Tiere erzeugen einen progressiven Prozeß; es entsteht ein Ulkus, von welchem aus das Virus in den Organismus dringt. Wiederimpfungen erzeugen ohne Inkubation heftige Entzündungen, die durch Nekrose das Virus eliminieren. Der Lupus entsteht bei Kindern, die noch nicht tuberkulös oder wenn sie es sind, noch nicht über genügend Antikörper verfügen, um überempfindlich zu sein. Dem entspricht die geringe Menge der Bazillen und der tuberkuloide Bau der Lupusknötchen. Beim Boeckschen Miliarlupoid bewirken auf hämatogenem Wege in die Haut gelangte Bazillen zunächst eine entzündliche Reaktion, welche die Hauptmasse der Keime abtötet, worauf durch die toten oder abgeschwächten überlebenden Bazillen das Entstehen tuberkuloiden Gewebes angeregt wird. Dem Sarkoid reihen sich die Tuberkuloide an. Nur nimmt der Prozeß hier seinen Ausgang von den tieferen Venen der Kutis. Ferner der Lichen scrophulosorum, der an den oberflächlichen Kapillaren, und das Erythema induratum, das von den Gefäßen der Subkutis und dem Fettgewebe beginnt. Bei den miliartuberkulösen Ulzeris fehlen die akuten Erscheinungen trotz der Anwesenheit reichlicher Tuberkelbazillen, und es kommt nur zur Entwicklung von tuberkuloiden Gewebes, denn es handelt sich hier um Individuen mit fortgeschrittener Tuberkulose, die keine Abwehrenergie mehr besitzen. Bei den Dermatomykosen wird zunächst auf das Verhalten der wechselreichen Disposition hingewiesen, weiterhin auf die Bedeutung der Pilze, soweit sie vom Mensch oder vom Tier aus übertragen werden. Die von Mensch zu Mensch übertragenen Dermatomykosen verlaufen wesentlich ungünstiger. Weiter wird die lokale und allgemeine Reaktion des Trichophytins bei Patienten mit Trichophytia profunda, die Immunisierung der Tiere bei Kutanimpfungen, die Trichophytinkutisreaktion des Menschen, der eine Trichophytie überstanden hat, und schließlich die Erscheinungen bei erst- und mehrmaliger Impfung des Menschen mit lebenden und abgetöteten Pilzen herangezogen. H. Vörner-Leipzig.

Autoexperimentelle Studie über Pruritus, von P. Jourdanet. (Lyon méd., 1920, Bd. 129, Nr. 3.) Verfasser hatte schon mehrmals nach Antipyrin ausgedehnte,

Digitized by Google

stark juckende Hauteruptionen gehabt, sonst kein Pruritis, keine Dermatosen. Zwei Jahre nach der letzten Einnahme nahm er bei bestem allgemeinen Wohlbefinden, 0,5 Antipyrin, danach wieder unter Jucken erst erythematöse, dann papulöse, seltener urtikarielle Effloreszenzen, einzelne mit Pseudoblasen. Bevorzugt waren „traumatisierte" Stellen. Entblößen des Körpers rief erneut starkes Jucken hervor, Kratzen verstärkte und verallgemeinerte die Erscheinungen, bewirkte Dermographismus. Außer dem Traumatismus sind sicher noch andere Provokationen maßgebend. Die subjektiven Empfindungen zeigten deutlichen Übergang von der normalen „Eudermie" über den Pruritus zum Schmerz. Vor dem Versuche war das rechte Bein mit einem Zinkleimverband und Binden eingehüllt worden, es zeigte mehr Läsionen als das linke, doch bestand hier ein stärkerer Traumatismus (reichliche Schweißabsonderung unter dem Verband). Für die Wirkung des Traumatismus ist eine in besonderer Weise gereizte Haut nötig, gewöhnlich eine Serie von Reizungen, die auch psychisch sein können, wie in diesem Falle eine plötzlich empfangene Todesnachricht, ein Beweis für die Rolle des Nervensystems in der Genese der Dermatosen, besonders der pruriginösen. Die Polymorphie der Eruptionen bedingt die Schwierigkeit der Diagnose der Dermatose aus der Eruption. E. Levin-Berlin.

Über das Blutbild der Reizungsformen, von Arneth-Münster i. W. (D. m. W., 1920, Nr. 5.) Dies Blutbild kommt nur unter pathologischen Verhältnissen zustande. Das Auftreten der Reizformen im Blute steht im Zusammenhang mit dem lymphoiden System. Die Reizungsformen können rein morphologisch den Lymphozyten gleichen, färberisch sind alle Übergänge zu den Lymphozyten vorhanden. Es sind keine degenerierenden Zellen, eher, durch gewisse Verhältnisse, vielleicht infolge einer ihnen dann zukommenden Funktion, veränderte Lymphozyten. de Lemos-Hamburg.

Über azurophile Erythrozyteneinschlüsse, von Georg Walterhöfer-Berlin. (D. m. W., 1920, Nr. 5.) Bei mehreren Fällen von perniziöser Anämie wurden azurophile Erythrozyteneinschlüsse in Gestalt von Cabotschen Ringen und roter Punktierung in ungewöhnlicher Zahl im Blutbild beobachtet. Die azurophilen Einschlüsse sind gar nicht so selten und sind als Zeichen regenerativer Tätigkeit des Knochenmarkes anzusehen, sie entstehen beim Zugrundegehen des Erythrozytenkerns. Ringkörper und Punktierung sind verschiedene Stufen der Kernzertrümmerung. Die azurophile Granulation ist das Endprodukt der Fragmentierung der Kernsubstanz, die Cabotschen Ringe das der Kernmembran bei der Entstehung des Erythozyten aus dem Erythroblasten. Die morphologische Umwandlung ist begleitet von einer Punktionsänderung, die dazu führt, daß die diesem Entkernungsprozeß entstammenden Trümmer nur für Azur allein noch Affinität besitzen. de Lemos-Hamburg.

Über die Hutchinsonschen Zähne, von Heinrich Davidsohn-Berlin. (D. m. W., 1920, Nr. 11.) Bei kongenital luetischen Kindern können, nach Hutchinson, die oberen, mittleren Schneidezähne eine einzige, mehr oder weniger seichte, halbmondförmige Ausbuchtung haben in der Mitte der Schneide. Weniger bekannt ist der 2. Teil der Beschreibung, wonach in den typischen Fällen nicht nur die Schneide deformiert ist, sondern die Krone im ganzen. Der Zahn verjüngt sich nach der Schneidekante zu und ist an den Ecken abgerundet, wodurch er eine kolbige Gestalt annimmt. Die Zähne sind fast immer in der Länge und Breite verkümmert, nicht richtig gestellt, entweder zueinander geneigt oder divergierend. — Bei 40% aller kongenital luetischen Kinder mit bleibendem Gebiß, die Verfasser untersuchte, fanden sich Hutchinsonsche Zähne, und zwar meist ohne die halbmondförmige Ausbuchtung. Von frühzeitig behandelten Kindern zeigen nur 10% diese Zahnanomalie. de Lemos-Hamburg.

Exanthem bei kindlichem Diabetes, von G. Bihlmeyer. (M. m. W., 1920, Nr. 25.) Bei einem an Coma diabeticum gestorbenen Kinde mit Hyperglobulie und Leukozytose war kurz vor dem Ende ein Ausschlag aufgetreten: scharf begrenzte, teils runde, teils eiförmige Flecken von Erbsen- bis Bohnengröße und blaßbläulicher bis blaßgrauer Färbung. Die Flecken standen alle einzelnen, hauptsächlich auf dem Stamm. v. Notthafft-München.

Die Rolle der Vitamine in der Ernährung, von Harriette Chick, Sister Institute-London. (Klin. ther. Wschr., 1920, Nr. 13/14.) Die Vitamine sind notwendig, um das Wachstum bei jugendlichen Tieren zu fördern, die Gesundheit im allgemeinen zu erhalten und die sogenannten Ausfallserkrankungen zu verhüten. Bis jetzt sind drei Nahrungsbeistoffe bekannt: 1. der antineuritische (Antiberiberi-) Stoff oder wasserlösliche Wachstumsstoff; 2. der Antirachitisstoff oder fettlösliche Wachstumsstoff; 3. der Antiskorbutstoff. Zu den menschlichen Ausfallserkrankungen — Ernährungskrankheit —

Digitized by Google

gehören: Beriberi, Skorbut, Serophthalmia, Keratomalazie der Säuglinge, Rachitis. Aus der Literatur über diesen Gegenstand weist Verfasser nach, wie wichtig diese Vitamine sind, und daß der Bedarf an Vitaminen in der Kost mit dem Stoffwechsel zusammenhängt. Deshalb gibt auch der Verfasser die einzelnen zur Verhütung der Ausfallserkrankungen notwendigen Präparate an. W. Chrzelitzer-Posen.

Über jahreszeitliche Schwankungen von Hautkrankheiten, von Bettmann-Heidelberg. (M. m. W., 1920, Nr. 23.) Von besonderer Bedeutung ist das Frühjahr. Beeinflussung der innersekretorischen Vorgänge durch die kosmisch-metereologischen Vorgänge dürften anzunehmen sein. v. Notthafft-München.

Hypophyse und Diabetes insipidus, von O. Hirsch. (Ges. f. inn. Medizin u. Kinderhlkde. in Wien; W. m. W., 1919, Nr. 50.) Unter 60 Fällen von Hypophysentumoren wurde viermal Diabetes insipidus beobachtet. Bei Zerstörung des Hypophysenhinterlappens kommt es zu Diabetes insipidus. Das entspricht der Beobachtung, daß Pituitrin auf die Krankheit einen auffälligen, wenn auch vorübergehenden Einfluß ausübt. Nicht in allen Fällen von Zerstörung des Hypophysenhinterlappens tritt Diabetes insipidus ein, weil nicht alle Fälle hypophysären Ursprungs sind. Bei Tierversuchen ist es erwiesen, daß eine Verletzung des Zwischenhirns den Diabetes veranlaßt. Beim Menschen ist die Beteiligung des Zwischenhirns am Zustandekommen des Diabetes noch nicht erwiesen. H. Vörner-Leipzig.

Über die Mastixreaktion (Emanuels) und ihre Stellung zu anderen Reaktionen in der Rückenmarksflüssigkeit, von W. Schönfeld-Würzburg. (M. m. W., 1920, Nr. 17.) Die Mastixreaktion ist nicht spezifisch, umständlicher als Phase I und Pandy, steht in ihrer Empfindlichkeit zwischen dieser, ist aber für sich allein zur Diagnose nicht benutzbar. v. Notthafft-München.

Zur Ursache unangenehmer Nebenerscheinungen der Lumbalanästhesie, zugleich ein Beitrag zur Funktionsprüfung des Liquorsystems, von Baruch. (B. kl. W., 29. März 1920.) Die unangenehmen Nebenerscheinungen nach der Lumbalpunktion finden ihre einfache, leicht einleuchtende Erklärung darin, daß nach der Punktion ein ständiges Nachsickern der Lumbalflüssigkeit aus der angelegten Punktionsöffnung stattfindet. Zu fordern ist deshalb die Anwendung möglichst dünner Kanülen, horizontale Lage im Bett, wo angängig Beckenhochlagerung in Bauch- oder Seitenlage, und Maßnahmen, die den raschen Flüssigkeitsersatz fördern. Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht, daß nach Injektion von Indigokarmin in den Lumbalsack und sofortigen Verschluß der Kanüle durch Mandrin der Urin völlig gelb bleibt; nach Entfernen der Kanüle tritt sofort eine Blaufärbung des Urins ein. O. Sprinz-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Trypaflavin in der Chirurgie, von Veit. (M. m. W., 1919, Nr. 14.) In dem Trypaflavin haben wir ein ganz ausgezeichnetes Wundantiseptikum. Sein einziger Nachteil, die Gelbfärbung der Wäsche, die übrigens durch mehrfaches Waschen beseitigt werden kann, wird durch Verwendung von Trypaflavinpuder und Trypaflavingaze ausgeschaltet; er dürfte auch gegenüber den großen Vorzügen des Mittels nicht allzu schwer ins Gewicht fallen. G. Heymann-Elbing.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Der 20. Kongreß der Association Française d'Urologie fand in Paris am 6. Oktober statt. Thema: Die Resultate der verschiedenen Operationsmethoden bei Prostatahypertrophie (Berichterstatter; Prof. Pourson).

Prof. Grouven, der langjährige Leiter der dermatologischen Poliklinik in Halle a. S., ist nunmehr zum etatsmäßigen Extraordinarius ernannt worden.

Prof. Weintraud, Direktor der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses in Wiesbaden, ist gestorben. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. Oktober 1920 | Nr. 42 | Band 71

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. Rille).

Über die Ergiebigkeit verschiedener Darstellungsmethoden der Spirochaeta pallida, nebst Bemerkungen zur Morphologie.

Von

Dr. med. et phil. F. W. Oelze, Assistent der Klinik.

Die spezifischen Manifestationen des ersten und zweiten Stadiums sind erfahrungsgemäß sehr verschieden reich an Spirochaeta pallida. Soll in einem zweifelhaften Falle die klinische Diagnose durch positiven Spirochätenbefund ihre absolute Verifikation erfahren, so wird im allgemeinen bei spirochätenreichen Effloreszenzen jedes Verfahren zum Ziele führen. Anders in denjenigen Fällen, wo nur wenige Pallidae vorhanden sind, wo vielleicht 50 oder 100 Gesichtsfelder im Dunkelfeld durchsucht werden müssen, um eine einzige Erregerin festzustellen. Gerade diese Fälle sind es aber häufig, wo die klinische Diagnose der mikroskopischen Bestätigung bedarf. Es liegt auf der Hand, daß das ergiebigste Verfahren hier unbedingt zu bevorzugen ist.

Es ist interessant, festzustellen, daß sich die Meinungen über das ergiebigste Verfahren im Verlauf der Spirochätenära geändert haben. Im Anfang hielt man z. B. das Dunkelfeld nicht für ausreichend, der Befund sollte erst dann als negativ angesehen werden, wenn andere (Tusche) Untersuchungsmethoden zur Kontrolle herangezogen waren.

Heute hält man allgemein die Untersuchung des Reizserums im Dunkelfeld für die beste Untersuchungsmethode. Die konstruktive Ausgestaltung der Dunkelfeldkondensoren läßt heute von Azimutfehlern freie Bilder mit Sicherheit erzielen. Der optisch korrekten Dunkelfelduntersuchung eignen verschiedene prinzipielle Vorteile:

1. zeigt keine andere der üblichen Methoden die Pallida in lebendem Zustande mit allen Feinheiten ihrer Bewegung;

2. ist die Konzentration des Reizserums, also die Wahrscheinlichkeit, Pallidae zu finden, bei keiner Methode so groß wie im Dunkelfeld;

3. ist die Dunkelfeldbeleuchtung in der ganzen Ausdehnung des Präparates gleichmäßig. Alle Färbemethoden liefern niemals dieses gleichmäßige Resultat, man wird in der Mehrzahl der Fälle im gefärbten Ausstrich „gute“ und „schlechte“ Stellen unterscheiden können. In gewissen Gegenden des Ausstriches ist die Pallida klar und charakteristisch erkennbar, an anderen Stellen bemerkt man schon aus der Struktur des Untergrundes, daß hier kaum Pallidae anzutreffen sein werden. Auch

Digitized by Google

die sehr ergiebige Methode, nach der Art des „dicken Tropfens“ bei Malariauntersuchung nicht dünn ausgestrichenes Serum mit Osmium zu fixieren und mit Giemsa oder Panchrom zu färben, macht in dieser Hinsicht keine Ausnahme. Es ist eine Eigentümlichkeit aller Färbemethoden, die zarte Pallida nicht gleichmäßig über das ganze Präparat darzustellen;

4. ist es für die Darstellung im Dunkelfeld, also die Erzeugung eines Beugungsbildes unter Ausschaltung des primären Maximums der Beleuchtung, offenbar gleichgültig, in welchem Punkte ihres Lebenslaufes die betreffende Pallida sich befindet. Solange die verhältnismäßig grob physikalische Bedingung eines vom umgebenden Medium abweichenden Brechungsvermögens überhaupt vorhanden ist, wird jedes korpuskuläre Element, also auch die Pallida, im Dunkelfeld dargestellt. Im Gegensatz hierzu ist offenbar bei den Färbe- oder Imprägnierungsmethoden bei schwer darstellbaren Organismen ihr jeweiliger Zustand von Bedeutung, hierauf kommen wir noch zurück. Schließlich ist

5. die Sichtbarmachung der Pallida im Dunkelfeld nicht abhängig von der Anzahl der zufällig im Gesichtsfeld befindlichen korpuskulären Elemente. Es sind hier weniger die vergleichsweise großen Körper, wie Leukozyten oder rote Blutkörper — auf deren besondere Berücksichtigung bei der Diagnose im gefärbten Präparat oft hingewiesen wurde —, sondern vielmehr kleine Granula, auch Submikronen, die im Dunkelfeld höchstens eine Aufhellung des Gesichtsfeldes bewirken, im gefärbten Präparate aber oft den ganzen Untergrund derartig ausfüllen, zumal sie zu Farbstoffniederschlägen Veranlassung geben, daß die „Pallida“ nicht sichtbar werden kann.

Einen Nachteil hat allerdings die Dunkelfelduntersuchung mit den Färbemethoden gemein, die in Zellhaufen liegenden Pallidae werden von ihr auch nicht dargestellt, allerdings kann man bei großer Aufmerksamkeit auch innerhalb größerer Zellansammlungen liegende Spirochäten an ihrem Bewegungsrhythmus im lebenden Präparat erkennen, aber aus diesem allein wird man keine Diagnose stellen wollen.

Es muß darauf hingewiesen werden, daß durch das Ausscheiden eines Sekrettropfens Spirochäten aus Zellhaufen sowohl herausgedrückt wie in diese hineingeschoben werden können; wird also ein Dunkelfeldpräparat nachträglich ausgestrichen und gefärbt, so wird man diese Fehlerquelle niemals vermeiden können. Wendet man allerdings nur klare Seren für diese Versuche an, so wird der Fehler unbeträchtlich sein.

Bei der vergleichsweisen Untersuchung eines bestimmten Reizserums im Dunkelfeld und durch Färbung haben sich nun große Differenzen im Spirochätengehalt ergeben. Plaut (1) teilt 1909 gelegentlich einer Untersuchung über des Tuscheverfahren folgendes mit: „Woran es liegt, daß man bei der Burrischen Methode oft nur so wenig Exemplare selbst bei langem Suchen und guter Beleuchtung auftreiben kann, auch wenn das Material, wie die Dunkelfeldbeleuchtung ergibt, sehr reich an Spirochäten ist, ist mir nicht völlig klar geworden. Wahrscheinlich liegt es an der größeren Verdünnung und der leichten Verletzbarkeit der Spirochäten.“ Erst kürzlich schrieb mir Meirowsky, „man müsse sich wundern, wo alle die im Dunkelfeld sichtbaren Spirochäten bei der Färbung blieben“. Abgesehen von diesen Urteilen von kompetenter Seite hat wohl jeder,

Digitized by Google

der sich mit Spirochätenuntersuchung beschäftigt, ähnliche Erfahrungen gemacht. Für die praktische Ausgestaltung des Spirochätennachweises ist es offenbar von größter Bedeutung, die Darstellungsmethoden ihrer Ergiebigkeit nach zu klassifizieren. Die Gründe für die Überlegenheit des Dunkelfeldes habe ich oben skizziert; die Färbemethoden sind in ihrem gegenseitigen Verhältnis meines Wissens noch nicht untersucht worden.

Es ist klar, daß als Maßstab die vollendetste Methode für eine solche vergleichende Untersuchung, also die Dunkelfeldbeleuchtung gewählt werden mußte. Ferner muß dasselbe Sekret sowohl im Dunkelfeld wie nach der betreffenden anderen Darstellungsart untersucht werden. Schließlich muß die Zahl der im Dunkelfeld gesehenen Pallidae festgestellt werden. Einer derartigen Untersuchung (und nur eine solche, die exakte zahlenmäßige Befunde liefert, lohnt überhaupt die aufgewandte Mühe), stellten sich große Schwierigkeiten entgegen. Ein übliches Dunkelfeldpräparat, also ein zwischen Objektträger- und Deckglas ausgebreiteter Sekrettropfen, ist nur sehr langwierig auszuzählen, es enthält Hunderte von Gesichtsfeldern, außerdem treten in ihm Strömungen auf, worauf ich (2) ausdrücklich hingewiesen habe, so daß die längere Zeit beanspruchende Auszählung von vornherein ungenau wird. Außerdem läßt sich ein solches Präparat nur schlecht weiterverarbeiten. Folgende Forderungen mußten erfüllt werden: 1. der zu untersuchende Sekrettropfen muß absolut ruhig ausgebreitet sein; 2. er muß sehr klein sein; 3. er muß bequem weiterverarbeitet werden können.

Es ist selbstverständlich, daß die Untersuchung im Dunkelfeld, von deren Resultat die anderen Ergebnisse abhängen, mit allen Kautelen ausgeführt werden muß. Ich habe dafür den Kardioidkondensor von Zeiß benutzt, als Beleuchtung diente eine Bogenlampe für 5 Ampere, die ich aber überlastet habe, weil dadurch die Flächenhelligkeit des Lichtkraters, demnach also die Güte des Dunkelfeldes, erhöht wurde. Auf sorgfältige Kühlung wurde besonders Bedacht genommen.

Die Ausschaltung von Strömungen und Kleinheit des Präparates erforderte die Anwendung der Quarzkammer nach Siedentopf, die sich schon für Untersuchungen der Bewegung der Pallida bewährt hatte. Damit war gleichzeitig als Objektiv die Spezial-Glyzerin-Immersion 3 mm von Zeiß gegeben. Näheres über die nicht einfache Handhabung und Sauberhaltung der Apparatur findet man bei Siedentopf (3) und in meiner oben erwähnten Arbeit. Es sei hier nur kurz erwähnt, daß die Quarzkammer aus zwei genau plangeschliffenen Quarzplatten von vergleichsweise beträchtlicher Dicke besteht, die in einen Metallhalter eingeschraubt werden können. Zwischen beiden Platten befindet sich eine wenige μ tiefe Aussparung. Für diese Untersuchung muß ein möglichst kleiner Tropfen verwandt werden. In der Kammer darf er nur etwas über stecknadelkopfgroß sein. Am besten erhält man solche kleine Tropfen durch Auftupfen des Reizserums mittels eines kleinen, rund zugeschmolzenen Glasstäbchens, wie sie der Salvarsanpackung beiliegen. Diese Tropfen verdunsten sehr leicht. Man muß schnell arbeiten, in dem Raum muß feuchte Luft sein, Fenster dürfen nicht offen stehen. Als Reizserum fand nur besonders klares Serum Verwendung. Es wurde darauf verzichtet,

Digitized by Google

Serum beliebiger Effloreszenzen etwa durch Abreiben mit Methylalkohol klar zu machen. Ferner wurde das Serum nicht verdünnt, hierdurch wären unklare Verhältnisse geschaffen. Viele Seren schieden aus, weil sie zuviel Spirochäten im Gesichtsfeld, etwa 10—20 und mehr, enthielten; die Auszählung ist dann ungenau. Selbstverständlich wurde gemäß der Hoffmannschen Regel nur solches Serum verwandt, das ausschließlich Pallidae enthielt. Die Auszählung erfolgte so, daß in das Okular eine quadratische Blende nach Ehrlich gelegt wurde und nun der ganze Tropfen durch Bewegen der Kammer mittels des Objekttisches durch das Gesichtsfeld geschoben wurde. Der Tropfen hat übrigens nicht die Gestalt einer Kugelscheibe, sondern weist oft Unregelmäßigkeiten auf, die natürlich mitgezählt werden müssen. Nachdem der Tropfen ausgezählt war, wurde er mit einer der zu untersuchenden Methoden weiterbehandelt. Es war zunächst schwierig, die Quarzplatten voneinander zu entfernen, ohne den Tropfen gänzlich zu verwischen. Es stellte sich heraus, daß man am besten die ganze Quarzkammer auf feuchtes Fließpapier stellt und auf die obere Quarzplatte reichlich (klebrige) Immersionsflüssigkeit gibt, hierdurch adhärieren beide Quarzplatten an ihren Fassungen, und man kann die obere von der unteren durch senkrechtes Hochheben leicht trennen; jede derselben trägt dann ein kleines Tröpfchen Sekret. Diese Tröpfchen können dann wie gewöhnlich weiterbehandelt werden, mit Stückchen von Deckgläschen kann man sie ausstreichen usw.

In dieser Weise wurden die Untersuchungen ausgeführt. Nach Überwindung einiger anfänglicher Ungleichmäßigkeiten fielen die Resultate ziemlich konstant aus, wenigstens waren die Verschiedenheiten der Spirochätenanzahl dann von der Untersuchungsmethodik an sich ziemlich unabhängig. Die Untersuchung ist recht mühselig, sie über ein an Zahl großes Material auszudehnen, würde einen Aufwand an Zeit erforderlich gemacht haben, der zum Resultat in keinem rechten Verhältnis gestanden hätte. Es ist auch nicht beabsichtigt, aus großen Untersuchungsreihen genaue Durchschnittszahlen zu geben, dazu stehen der Methode auch prinzipielle Bedenken, wie oben angedeutet, entgegen. Beabsichtigt war nur, an bestimmten Fällen nachzuweisen, wieviel im Dunkelfeld gesehene Spirochaetae pallidae sich im selben nach den üblichen Färbungsmethoden behandelten Sekret wiederfanden.

Nur in diesem Sinn wollen auch die Zahlenangaben, die im übrigen mit der größten Sorgfalt erhoben wurden, angesehen sein.

Sämtliche Untersuchungen wurden mit Reizserum von Männern vorgenommen. Zur Giemsafärbung diente Leitfähigkeitswasser. Zunächst wurden die ausgezählten Tröpfchen nach Lufttrockenwerden mit Ätheralkohol āā fixiert und dann genau nach der Giemsavorschrift gefärbt (10 Tr. Giemsalösung auf 10 ccm Wasser, Färbedauer 20 Min.). Nach der Färbung und Trocknung wurden die Quarzplatten durch einen Zedernöltropfen verbunden, wieder zusammengesetzt und mit Hell- und Dunkelfeldkondensor untersucht. Man sieht dann im Dunkelfeld erst, wie sehr ein gefärbtes Präparat durch Farbstoff verunreinigt ist, dieser fluoresziert in verschiedenen Farben. Sehr schön kann man die scheinbare Verdickung der Spirochäten durch Dunkelfeldbeleuchtung, worauf Siedentopf schon 1900 hinwies, beobachten.

Digitized by Google

Untersucht wurde Serum aus einer nicht sehr großen vegetierenden Papel am After.

Im Dunkelfeld:	Giemsa (Alkohol-Äther-Fixierung):
126	16
94	9
73	6
68	12
48	18

Eine weitere Messung ergab im Dunkelfeld 362 Pallidae und 2 Refringens, nach Giemsa waren nur 32 Pallidae, aber 13 grobgewellte blaue Spirochäten (Refringens ?) zu finden. Es wurden überhaupt in Giemsapräparaten, die im Dunkelfeld nur Pallidae ergeben hatten, öfter „Refringens" angetroffen. Es ist ja nicht ausgeschlossen, aber unwahrscheinlich, daß durch Auseinanderteilen des Tropfens zwecks Färbung die Refringens etwa durch Verschiebung von Gewebsbrocken erst frei werden. Mein Material genügt nicht, in dieser Richtung bindende Schlüsse zu ziehen; eine Nachprüfung dieser Frage wäre sehr erwünscht. Ich komme darauf zurück.

Auffällig war, daß die Giemsapräparate „gute" und „schlechte" Stellen zeigten, während die Dunkelfelduntersuchung eine ziemlich gleichmäßige Verteilung der Spirochäten zeigte. Im übrigen waren die Giemsafärbungen tadellos.

Läßt man die letzte Zählung fort, die auch schon recht viel Spirochäten ergab, so ergibt sich in 5 Messungen, daß von 409 im Dunkelfeld gesehenen Pallidae nur 61 nach Giemsafärbung wiederzufinden waren. Die Messungen selbst weisen ziemlich bedeutende Schwankungen auf. Man erhält wohl einen annähernd richtigen Wert, wenn man annimmt, daß durch die Giemsafärbung nach Alkohol-Äther-Fixierung ungefähr nur 15 % der vorhandenen Pallidae färberisch dargestellt werden.

Serum von demselben Fall wurde mit Osmiumsäuredämpfen fixiert, die Resultate wurden günstiger.

Dunkelfeld:	Giemsa (Osmiumfixierung):
52	42
72	38
96	68
115	71
29	21

Also von 364 Dunkelfeldspirochäten wurden durch Giemsafärbung nach Osmiumfixierung 240 wiedergefunden, also etwa 60—70 %. Erwähnt sei, daß die reichhaltigsten Präparate meiner Sammlung (Osmiumfixierung, Panchromfärbung) in vielen Gesichtsfeldern 12, 15, auch 20 Pallidae zeigen, während ich im Dunkelfeld im Gesichtsfeld öfters bis 50, manchmal 100 Pallidae angesammelt gefunden habe, natürlich in sehr spirochätenreichen Seren, die für diese Untersuchung also ausschieden.

Als praktisch wichtige Methode wurde die Ergiebigkeit der Fontanaversilberung untersucht.

Digitized by Google

Material: Papeln der Glans penis.

Dunkelfeld:	Fontana:
70	21
118	37
106	31
56	19
47	16
33	23

Von 430 Spirochäten wurden also 147 durch Fontana, also etwa 35 %, dargestellt; zu bemerken ist, daß die versilberten Spirochäten im Hellfeld äußerst leicht zu finden sind, im Dunkelfeld erscheinen sie vergleichsweise viel schwächer, außerdem stört der Untergrund sehr.

Ferner wurden die negativen Darstellungsmethoden untersucht. Das von Eisenberg (4) empfohlene Zyanochin hatte sich mir früher gut bewährt. Die einfache Methode liefert sehr schöne Bilder, die Spirochäten erscheinen scharf weiß ausgespart auf dunkelblauem, ganz homogenem Grunde. Die Resultate waren damals nicht weniger ergiebig als bei Tusche. Die ursprünglichen Lösungen waren inzwischen in Kursen der Klinik verbraucht. Die neu bezogenen Lösungen stellten zwar Mundspirochäten wieder sehr schön dar, diese Methode wird übrigens von Neumann u. Mayer (5) für Blutspirochäten gerühmt, bei Pallida war aber die Ausbeute fast Null. Ich habe daher diese Methode nicht untersucht.

Ein weit gröberes Kolloid haben wir im Kollargol vor uns. Einen rein homogenen Untergrund zeigen Kollargolpräparate nicht, aber die Pallidae treten äußerst scharf und leicht auffindbar hervor. Die ersten drei Zählungen wurden an Material von einer Lippensklerose, die weiteren drei an Serum aus breitem Kondylom erhoben.

Dunkelfeld:	Kollargol:
33	0 (überfärbt)
37	16
58	21
35	11
43	14
99	27

Also von 305 wurden 89 Spirochäten, fast 30 %, durch Kollargol dargestellt.

Die Tusche stellt das größte und unregelmäßigste der drei Kolloide dar. Wie beim Zyanochin war es auch mit Tusche schwer, auf den kleinen Quarzplatten gute Ausstriche herzustellen. Kollargol konnte einfach in 2 %iger Lösung auf die getrockneten Tröpfchen ausgegossen werden. Bei den negativen Methoden wurde jede Quarzplatte für sich untersucht. Es gelang schließlich, mit haarfein ausgezogenen Salvarsanglasstäbchen und Deckgläschensplittern Vermischung und Ausstrich in befriedigender Weise vorzunehmen. Immerhin ist vielleicht die Tuschemethode zu einem derartigen Vergleich nicht so geeignet wie die anderen Methoden. Das Material wurde von einer Sklerose der Glans penis entnommen.

Digitized by Google

Dunkelfeld:	Tusche:
65	4
137	9
28	0
36	1
117	12

Es wurden demnach von 383 Spirochäten durch Tusche nur 26, also nicht einmal ganz 7 % dargestellt!

Zusammenfassend kann man also aus den vorgenommenen Zählungen schließen, daß nur von Giemsafärbung nach Osmiumfixierung eine beträchtliche Anzahl, etwa $^2/_3$, der vorhandenen Spirochäten nachgewiesen werden, alle übrigen Methoden lieferten etwa $^1/_3$, nur die Tuschemethode versagte sehr, indem nicht einmal $^1/_{12}$ der Spirochäten dargestellt wurde. Hierbei ist zu bemerken, daß eigentlich die angewandte Untersuchungstechnik für die Färbungen recht günstig war, weil nur kleine Tropfen besonders klarer Seren untersucht wurden. Durch Ausstreichen über größere Flächen, etwa $^2/_3$ eines Objektträgers, erreicht man bei Färbungen nur, daß man sehr viel Zeit auf die Untersuchung verwenden muß. Es handelt sich bei der Spirochätensuche nicht darum, Ausstriche, wie sie für einen qualitativen Blutstatus gebraucht werden, herzustellen. Verdünnt man gar das Serum mit Aqua dest. oder NaCl-Lösung, so erhält man zwar zunächst einen herrlichen Ausstrich, aber schon nach der Fixierung ist das meiste abgeschwemmt. Will man für besondere Zwecke ganz dünne Ausstriche haben, so verdünne man mit etwas Agarlösung.

Es ergibt sich also, daß das Einsenden von Ausstrichen verdächtiger Effloreszenzen an eine Untersuchungsstelle höchst zweifelhaften Wert hat, da vermutlich nur $^1/_3$ der Spirochäten dort nachweisbar sein wird. Da aber gerade zweifelhafte Sklerosen oft nur sehr wenig Pallidae abgeben, sind negative Ergebnisse leicht möglich. Die Einsendung ist also auch eine gefährliche Methode. Auch durch Einschicken von Kapillarserum wird das Resultat, wie ich (2) kürzlich nachgewiesen habe, nicht besser. Es bleibt also in den doch seltenen zweifelhaften Fällen nur übrig, den Patienten selbst zur Untersuchungsstelle zu senden. Wenn irgend möglich wird der Vorgebildete die Diagnose selbst stellen, gerade so wie er die Erkennung der spezifischen Exantheme nicht von der positiven WR herleiten wird.

Die Differenzen in der Ergiebigkeit der Färbemethoden gegenüber dem Dunkelfeld können nicht dadurch erklärt werden, daß durch Beschädigung beim Ausstrich die Zahl der färbbaren Pallidae vermindert würden; ein Ausstreichen (außer bei Tusche) haben wir gar nicht vorgenommen. Offenbar gibt es im Lebenszyklus der Pallida gewisse Stadien, wo sie zwar noch das die Dunkelfeldbeobachtung ermöglichende Verhalten ihres Brechungsindex besitzt, wo aber doch bereits feinere chemische Veränderungen eine Alteration gegenüber Farbstoffen gezeigt haben. Man wird annehmen müssen, daß die Pallida nur bis zu einem gewissen Stadium in ihrem individuellen Leben überhaupt zur Färbung geeignet ist. Die merkwürdige Tatsache, daß im Giemsabild refringensähnliche Formen erscheinen, wo früher nur Pallidae sichtbar waren, läßt sich so erklären, daß dies Exemplare der Pallida waren, die gerade auf der Grenze der

Digitized by Google

die Färbung ausschließenden Veränderung sich befanden. Sie wurden zwar noch gefärbt, aber nicht charakteristisch; noch eine Zunahme der Alteration, und sie wären nicht mehr auffindbar geworden. Auch das Verhalten gegen Kolloide kann in diesem Sinne gedeutet werden. Einige Pallidae sind geradezu übermäßig charakteristisch (s. unten), andere unscharf. Daß von den drei negativen Methoden Zyanochin, Kollargol, Tusche, das Kollargol die beste Ausbeute liefert, ist leicht verständlich, wenn man bedenkt, daß in der Kolloidchemie bestimmte Reaktionen unter einer Gruppe von Kolloiden gewöhnlich mit demjenigen Kolloid am besten ausfallen, das die mittlere Teilchengröße hat. Kollargol steht in der Teilchengröße zwischen Tusche und Zyanochin.

Was die morphologischen Leistungen der einzelnen Verfahren anlangt, so ist das Urteil heute davon abhängig, wie weit die Befunde dem Dunkelfeldbild ähneln. Man wird bei dieser Fragestellung alle Färbemethoden ohne weiteres für nicht gleichwertig der Untersuchung der lebenden Spirochäte gegenüberhalten. Was die Tusche anlangt, so gehen die Urteile erfahrenster Beobachter hier auseinander, z. B. schreibt Plaut (1): „Um zu zeigen, was die Tuschemethode in der Differenzierung von Details leisten kann, habe ich unter ein Mikroskop ein Pallidaexemplar nach der Tuschebehandlung, unter ein anderes Spirochaeta refringens und dentium eingestellt. Die Unterschiede der Spirochaeta pallida und dentium treten bei dieser Methode schärfer hervor als unter dem Dunkelfeldmikroskop, wo sich beide Arten sehr ähnlich sehen, so daß das Burrische Verfahren zweckmäßig beim Suchen nach Syphilisspirochäten innerhalb der Mundhöhle mit herangezogen werden sollte.

Die Spirochaeta dentium ist fast immer kürzer als die kleinsten Formen der Pallida, sie zeigt gewöhnlich einen geraden Verlauf, hat in der Tusche dickere Breitendimensionen, ihre einzelnen Windungen sind einander sehr genähert, während die äußerst fein gestaltete Pallida mit ihren weiten, auseinandergezogenen Windungen, die nach der Mitte zu häufig etwas an-, nach den Enden zu abschwellen[1]) und mit ihrem mitunter vorhandenen lang ausgezogenen Endfaden einen zierlichen, ja eleganten Eindruck macht, der sie auch dem Ungeübten unter Hunderten von anderen Mikroorganismen leicht erkennen läßt."

Schäffer (6) dagegen hebt hervor, daß bei Tusche die Pallida doch nicht so scharf herauskommt. Beide Autoren haben eben gewisse Fälle im Auge. Worauf diese Unterschiede beruhen könnten, wurde eben angedeutet.

Interessant war die Untersuchung der kleinen Knoten an den Spirochäten, die durch die eingehenden Untersuchungen von Meirowsky (7) so wichtig geworden sind. Bei der vergleichenden Untersuchung im Hell-Dunkelfeld beobachtete man, daß viele dieser Knötchen organisch mit den Spirochäten zusammenzuhängen scheinen, andere stellten sich durch die typische Fluoreszenz als Farbstoffpartikel heraus. Über ihre wahre Gestalt konnte nichts ermittelt werden, dazu sind andere feinere Methoden als die hier angewandten nötig. Solche Untersuchungen sind eingeleitet, ich werde darüber später berichten.

---

[1]) Von mir gesperrt.

Digitized by Google

Literatur.

1. Plaut, Demonstration von Spirochäten mit dem Burrischen Tuscheverfahren. M. m. W., 1910, S. 215. — 2. Oelze, Über die Bewegung der Spirochaeta pallida. M. m. W., 1920, S. 921. — 3. Siedentopf, Über einen neuen Fortschritt in der Ultramikrokospie. Verh. d. d. phys. Ges., 1908, S. 314. — 4. Eisenberg, Über Bakterienfärbung mit sauren und neutralen Farbstoffen. Zbl. f. Bakt., 1912, S. 145, Beiheft. — 5. Neumann u. Mayer, Atlas und Lehrbuch tierischer Parasiten. Lehmanns m. Atlanten, Bd. 11. — 6. Schäffer, Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten. Berlin 1915. — 7. Meirowsky, Studien über die Fortpflanzung von Bakterien, Spirillen und Spirochäten. Berlin 1914.

Ein Fall von Dermatitis durch Spargelsaft.

Von

San.-Rat Dr. Brenning in Berlin.

Daß der allgemein wohl für völlig indifferent gehaltene Saft des Spargels gelegentlich Hautausschläge hervorrufen kann, dürfte wenig bekannt sein. Nach Lewin[1]) ruft nicht nur der Genuß von Erdbeeren, Himbeeren, Krebsen, Zimt, Pomeranzenschalen, Anis, sondern auch das Zubereiten rohen Spargels bei gewissen Menschen nervöse Symptome und Ohnmachten, Übelkeit, Erbrechen, Koliken, Durchfälle, Augenentzündungen, Niesen oder Schnupfen, Augentränen, Husten, Dyspnoe und Asthma oder Hautausschläge hervor. Nach Genuß eines Spargels, der an einem feuchten Orte aufbewahrt war, trat eine Purpura auf. Nach Vermeidung der Schädlichkeit verschwand die Krankheit, um sofort wiederzukehren, nachdem wiederum von dem Spargel etwas aufgenommen war. Manche Menschen sind so empfindlich gegen Spargel, daß sie schon beim Berühren der rohen Pflanze Nebenwirkungen bekommen.

Jedenfalls scheinen Hautausschläge nach Spargel zu den Seltenheiten zu gehören. Daher dürfte der folgende Fall, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, vielleicht von Interesse sein.

Eine 24jähr. Arbeiterin war in einem Großbetriebe beschäftigt, in welchem zentnerweise Spargel verarbeitet wurde. Bereits acht Jahre übte sie dort ihre Tätigkeit, die vorzugsweise im Spargelschälen bestand, aus, ohne jemals einen Hautausschlag oder sonstige Erscheinungen danach bemerkt zu haben. In diesem Jahre nun trat plötzlich eines Tages auf der Volarseite des linken Vorderarmes, also auf der Stelle, an welcher beim Schälen des Spargels der Saft des letzteren herabläuft, ein lebhaftes Brennen auf, und die Haut begann sich daselbst alsbald zu röten und mit kleinen Knötchen zu bedecken. Nach Aussetzen des Spargelschälens heilte diese Dermatitis im Verlaufe einer Woche wieder spontan ab. Dieser Vorgang wiederholte sich noch zweimal in der gleichen Weise. Als der Ausschlag auch das dritte Mal verschwunden war, rieb die Kranke absichtlich mit Spargelschalen ihren Arm an derselben Stelle ein, wo bisher dreimal der Ausschlag aufgetreten war, um zu sehen, ob dieser sich auch jetzt wieder einstellen würde, und hatte die Genugtuung, daß ihre Bemühung von Erfolg gekrönt war. Weitere Versuche dieser Art mußten unterbleiben, weil inzwischen die Spargelzeit zu Ende war.

Vielleicht sind derartige Fälle von Dermatitis durch Spargelsaft gar nicht so selten, kommen jedoch wegen des leichten Verlaufes überhaupt nicht zur Beobachtung und Behandlung durch einen Arzt.

[1]) Nebenwirkungen der Arzneimittel, 1899, 3. Aufl., S. 5 und 573.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Ceská Dermatologie.

1920, Nr. 1—6.

Zur Frage der Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen, von Dr. K. Gawalewski. Die Fälle der ererbten Idiosynkrasie, deren Wesen unbekannt ist, sind sehr selten, doch ist deren Vorkommen nicht zu leugnen. Um weiteres Material zu gewinnen, empfiehlt es sich, auch bei der Röntgendiagnostik genau zu dosieren, wodurch man sich auch am besten gegen die Rechtsfolgen übler Zufälle schützt. Bei gewissen physiologischen und pathologischen Zuständen (Menstruation, Gravidität, Diabetes, Gicht, Arteriosklerose, Kachexie) und nach Traumen wurde allgemeine Überempfindlichkeit beobachtet; diese Fälle sind vom Röntgenisieren auszuschließen, oder es ist anfangs nur ein Drittel der Maximaldose (Sabourand-Noiré) bei einer Härte von fünf Benoist zu verwenden. Gegenwärtig werden in der Dermatologie zumeist harte und überdies noch filtrierte Strahlen verwendet. Bei einer solchen Bestrahlung gilt eine 20fache Dose noch als suberythematös. Dies verleitete manchen Autoren (Schule Bumm) dazu, bei der Tiefentherapie die Notwendigkeit der Dosierung überhaupt zu leugnen. Der Verf. teilt einen Fall mit, in welchem zu diagnostischen Zwecken (Hüftgelenksluxation) an einem Tag hintereinander drei Aufnahmen in der Dauer von etwa fünf Minuten gemacht wurden; die Distanz der Lampe betrug 15—20 cm. Am Nachmittag desselben Tages Zucken der Bauchhaut, Rötung und Schwellung derselben. Am dritten Tag Blasen, hierauf Geschwürsbildung.

Elefantiasis der Genitalien auf luetischer Basis, von R. Schwank. Bei einem 46jährigen Mann, der Lues negiert, aber seit 20 Jahren harte Drüsen in beiden Leisten- und Kruralgegenden hat, entstand ohne Trauma, ohne Entzündung ein Ödem am unteren Pol des Hodensacks, das sich allmählich vergrößerte, binnen 14 Tagen Kindskopfgröße erreichte und auch auf den ganzen Penis überging. Hoden und Nebenhoden normal. Das Ödem war derb, nicht schmerzhaft, auf Druck entstand keine Delle. Am Penisrücken war das dorsale Lymphgefäß als fingerdicker Strang zu tasten. Wassermann positiv. Eine exstirpierte Leistendrüse war ganz durchsetzt von miliaren Gummen; Bindegewebe verdrängte fast völlig das Drüsengewebe; die Gefäßwände und die Umgebung waren bindegewebig verdickt, das Gefäßlumen war durch Zellelemente verstopft; keine Riesenzellen. Die Elefantiasis war durch die vorgeschrittenen Veränderungen in den Leistendrüsen, die zu Lymphstauung führen mußten, ebenso wie der verdickte Lymphstrang am Penisrücken, bedingt. Nach einer antiluetischen Kur ging das Ödem auf die Hälfte zurück und wurde weich; bald aber begann es sich wieder zu vergrößern.

Urotropazid, ein neues, wirksames Desinfiziens der Harnwege, von V. Švestka. Das per os genommene Urotropin wirkt als Desinfiziens der Harnwege: 1. wenn es sich nicht schon im Magen spaltet, wodurch viel Formaldehyd verloren geht, und 2. wenn der Harn maximal sauer ist. Der Verf. kombiniert 0.5 g Hexamethylentetramin mit 0,5 g sauerem Natriumphosphat, emulgiert beide mit Oleum santali und schließt die Emulsion in eine Gelatineperle ein; diese passiert den Magen ungelöst. Nach 18 Minuten ist Formaldehyd im Harn nachweisbar. Durch Selbstversuche wies er nach, daß alkalischer Harn sauer wird. Er verwendete seine Kombination (Urotropazid) bei allen Formen der Blennorrhoe samt Komplikationen, bei verschiedenen Zystitiden, bei ammoniakalischer Harngärung, bei Prostatis usw. und ist mit dem Erfolg sehr zufrieden. Er empfiehlt seine Anwendung auch bei Bakteriurie, Pyelonephritis und Pyelozystitis.

Zur Therapie der chronischen Zystopyelitis, von J. Jedlička. In einem Falle von chronischer kolibazillärer Zystopyelitis nach Abortus, die jeder lokalen und internen (Urotropin) Therapie trotzte, verschwanden nach Urotropazid die Kolikschmerzen, das Erbrechen, der Harndrang, stieg die Diurese, und der Harn wurde klar.

Salhyrsin, von Eisler. Das Salhyrsin Heisler hat eine ähnliche Zusammensetzung wie das Enesol: 0,6% Arsen und 0,4% organisch gebundenes Quecksilber. Es wurde in der Klinik Šamberger bei 80 Luetikern angewendet. Bei täglicher Applikation von 2 ccm stellte sich nie eine lokale oder allgemeine Reaktion ein; auch 4 ccm täglich werden gut vertragen. Fieber, Diarrhoe, Erbrechen, Nierenreizung, angioneurotische Störungen, Erytheme wurden nie beobachtet. Resultate: Das Salhyrsin ist nur ein mäßiges Antiluetikum, bereitet aber den Organismus in ausgezeichneter Weise für die Quecksilberbehandlung vor. Anämische Pat. verlieren die Anämie und nehmen an

Digitized by Google

Gewicht zu; eine nachfolgende Quecksilberkur hat einen überraschend schnellen Erfolg. Der Verf. empfiehlt daher, zuerst einige Injektionen von Salhyrsin und dann eine Inunktionskur.

Eosinophilie und ihre Beziehungen zu Hautkrankheiten, von Dr. V. Švestka. Bei Infektionen der Haut mit der Krätzemilbe entsteht eine bis 31.05% erreichende Eosinophilie im Blut und eine lokale Eosinophilie der durch die Parasiten bedingten papulösen Effloreszenzen. In diesen sind auch freie eosinophile Granula und rote Blutkörperchen enthalten. Die Eosinophilie steht in direkter Beziehung zur vitalen Tätigkeit der Parasiten und ist durch deren Toxine bedingt. Bluteosinophilie wurde bei Dermatitis herpetiformis Duhring konstatiert (58%). In den bullösen Effloreszenzen finden sich in einem bestimmten Stadium nur eosinophile Elemente, sonst gesellen sich zu diesen auch neutrophile Leukozyten mit polymorphem Kern und einzelne Lymphozyten hinzu. Zwischen Temperatur und Bluteosinophilie existiert ein direkter Zusammenhang. Beim Maximum der Temperatur finden sich im Blut die meisten eosinophilen Zellen; die Zahl derselben nimmt mit sinkender Temperatur ab und ist bei normaler Temperatur unvermehrt. Auf Grund eigener Beobachtungen muß eine medulläre und eine extramedulläre Histogenese der eosinophilen Zellen zugegeben werden. Wie es zu dieser kommt, ist noch nicht zu entscheiden. Die Ansicht Weidenreichs, daß die eosinophilen Zellen durch Hämolyse bei gleichzeitigem granulären Zerfall der roten Blutkörperchen entstehen, ist am besten begründet.

Pityriasis rosea (Gibert) und ihre Beziehungen zur Tuberkulose, von R. Eiselt. Nach den Erfahrungen des Verf. kommt das Exanthem nicht häufig vor und ist speziell bei Tuberkulösen selten. Bei diesen ist es stets ein prognostisch infaustes Symptom. Er beschreibt zwei Fälle von manifester Lungentuberkulose, betreffend zwei Krieger, die in beiden Fällen nach der Abheilung des Exanthems einen malignen Charakter annahm. Nach einer Injektion von $^1/_{10}$ mg Alttuberkulin stellte sich eine deutliche Rötung der Effloreszenzen ein.

Pityriasis rubra pilaris, von Dr. V. Švestka. Die 47jährige, aus tuberkulöser Familie stammende Frau bemerkt seit einem Jahre eine Braunfärbung des Gesichts, später der Vorderarme, des Stammes und schließlich der distalen Extremitäten. Kein Jucken. Viel später Schuppenbildung. Infiltration der Lungenspitzen. Die verfärbte Haut zeigt Zäpfchen, die streng an die Haarfollikel gebunden sind (Reibeisen). Die Haare sind kurz abgebrochen. Pityriasiforme Abschilferung der Haut, die mäßig infiltriert ist. Blutbefund: Rote Blutkörperchen 3800000, weiße 6500; 60% neutrophile Leukozyten mit polymorphem Kern, 20% Lymphozyten, 14% Monozyten, 2% Eosinophile, 2% Basophile, 2% Übergangsformen. Arsenbehandlung erfolglos. Histologisch: banale Entzündung ohne charakteristische Symptome. Die Entzündung ist vorwiegend an die Haarbälge gebunden, wohl deswegen, weil das durch eine Störung der inneren Sekretion entstehende Toxin hier mittels der daselbst befindlichen Gefäße am meisten zur Geltung kommt.

Zwei Fälle von Lichen ruber planus, geheilt in Bad Poděbrad, von J. Vondrovic. Mitteilung zweier Fälle, die durch Bäder in Poděbrad (alkalisch-muriatischer Eisensäuerling) geheilt wurden. Nach Ansicht des Verf. kommen hierbei zwei Faktoren in Betracht: die Besserung der Blutzirkulation in den oberflächlichen Hautkapillaren durch direkte Einwirkung der Kohlensäure und die Mazeration der Haut infolge der häufigen und langdauernden Bäder. Vielleicht kommt auch eine Beeinflussung durch Radiumemanation in Frage.

Zwei ätiologisch seltene Fälle von Acne vulgaris, von K. Hübschmann. Im ersten Falle trat ein Erfolg der Therapie erst in dem Augenblick ein, als eine Hyperazidität des Magensaftes konstatiert und therapeutisch gebessert wurde, worauf auch die bis dahin vorhandene Obstipation verschwand. Unnas Schwefelpasta, Staphylokokkenvakzine. Im anderen Falle war jede Therapie machtlos. Erst als einer Karies zahlreicher Zähne Aufmerksamkeit geschenkt wurde, trat proportionell zur Beseitigung der Karies eine Besserung der Akne ein, ohne daß sich neue Effloreszenzen gebildet hätten.

Zur Terapie des Furunkels und der Furunkulose, von V. Švestka. Zur Verhütung neuer Furunkeln hat sich in der Klinik Šamberger in Prag folgendes Verfahren am besten bewährt: Die Haut in der Umgebung des Furunkels wird zweimal täglich mit Sapocrême formalini (5—10%) sanft bestrichen. (Das Vehikel dieser von Šamberger angegebenen Creme ist eine seifige Masse, die an der Haut festhaftet und eintrocknet, so daß das Formalin wirksamer ist; die Haut wird gegen die Infektion widerstandsfähiger.) In schwereren Fällen werden an 3—4 aufeinanderfolgenden Tagen je 2 ccm

Digitized by Google

Staphylokokkenvakzine intramuskulär injiziert, worauf eine 7—10tägige Pause einzutreten hat.

Die Therapie des Erysipels mit Ichthyol, von F. Eisler. In der Klinik Šamberger wurden in einem Zeitraume von sechs Monaten 96 Fälle von Erysipel ausschließlich mit reinem Ichthyol behandelt. Die erkrankten Partien werden mit demselben bepinselt und hierauf mit Wattebäuschchen bedeckt; ein Verband entfällt, und auch eine Wiederholung der Bepinselung ist nicht notwendig, da das Ichthyol fixiert ist. Präventiv wird auch ein 5 cm breiter Saum der umgebenden gesunden Haut bepinselt. In der Mehrzahl der Fälle sinkt die Temperatur rasch, der Prozeß bleibt stehen, und die subjektiven Beschwerden verschwinden. Die Heilungsdauer betrug im Mittel fünf Tage. Innerlich wird Chinin verabreicht. Nur in zwei Fällen, die überaus schwer waren, mußte Serum injiziert werden. Die günstige Wirkung der lokalen Ichthyolapplikation erklärt Šamberger teils durch die antibakterielle Wirkung des Ichthyols, teils durch seine kapillarotonische Eigenschaft, die den Blutkreislauf in dem erkrankten Herd reguliert. G. Mühlstein-Prag.

Bücherbesprechungen.

Hautkrankheiten (Diseases of the Skin), von Richard L. Sutton. (St. Louis 1919, Mosby.) Das Lehrbuch des hervorragenden amerikanischen Dermatologen erscheint umgearbeitet und bedeutend erweitert in dritter Auflage.

Was uns Deutsche am meisten interessiert, sind die Abweichungen von den deutschen Lehrbüchern. Entsprechend dem großen Prozentsatz der Bevölkerung Amerikas an Farbigen, nehmen Beschreibung und Abbildung von Dermatosen der Neger und Mischlinge einen breiten Raum ein. Ganz mit Recht, denn so leicht Depigmentationen, wie Vitiligo, beim Farbigen erkennbar sind, so schwierig ist die Wahrnehmung von Pigmentverschiebungen und Pigmentation auf pigmentierter Haut. Ausführliche Kapitel sind der Beschreibung tropischer Hautkrankheiten, die im Süden der Union und in Mittelamerika vorkommen, gewidmet. Zum Teil sind sie für den deutschen Leser neu, zum Teil aber, wie Ulcus tropicum, Framboësie, Gangosa, durch die Arbeiten unserer Kolonialärzte bekannt geworden und das Interesse an ihnen durch den Raub unserer Kolonien und ihren zeitweiligen Verlust in den Hintergrund gedrängt. Suttons Lehrbuch bringt aber die neuesten Tatsachen auf dem Gebiete tropischer Dermatosen. Ebenso haben Krankheitsbilder Aufnahme gefunden, welche auf den letzten amerikanischen Kongressen als neu gezeigt wurden. Auf einige möchte ich näher eingehen.

Eine bisher nur in den Vereinigten Staaten von Wende, Wise, Mook, Mc Kee und Abramowitz beschriebene Form von chronischem Erythem trägt den Namen: Erythema figuratum perstans. Es befällt vorzugsweise den Rumpf, die Farbe ist zunächst rot, später purpurn und violett; es hinterläßt bei der Heilung eine oft netzförmige Pigmentierung. Bei seiner Ausbreitung entstehen annuläre und gyrierte Formen. Die Dauer beläuft sich auf mehrere Monate. Nach Wise ist ein intensives Ödem des kollagenen Gewebes die Grundlage der Erkrankung mit auffällig geringer Zellinfiltration. In der Oberhaut fehlt die Keimschicht, die Hornschicht ist mäßig verdickt. Der Papillarkörper ist ödematös und das Ödem mit nur geringen kleinzelligen Herden zieht sich an den etwas erweiterten Blutgefäßen entlang in die Tiefe.

Unter dem Namen Barcoo rot haben Hill und Martin aus Australien und der arabischen Wüste eine oberflächliche chronische Entzündung der Haut beschrieben, die durch das Aufschießen von Blasen und Pusteln an den Händen und Vorderarmen, Füßen und Unterschenkeln charakterisiert ist, nach deren Aufbruch schlecht heilende, oberflächlich sich ausbreitende Geschwüre entstehen, die mit haarloser, glatter Narbe heilen. Martin empfiehlt das Ausziehen der Haare, Hill Tonica.

Die Chondrodermatitis nodularis chronica helicis, welche zuerst von Winkler beschrieben wurde, ist in den Vereinigten Staaten mehrfach beobachtet und von Foerster neuerdings genauer untersucht. Danach handelt es sich um einzelstehende, ovale, scharf umschriebene rote Knötchen von 3—4 mm im Längsdurchmesser, welche in der Kutis eingebettet sind und mit dem Knorpel nicht zusammenhängen. Dieselben sind zentral abgeflacht und tragen daselbst eine festhaftende Schuppe. Sie können in dieser Form Jahre und Jahrzehnte bestehen. Histologisch besteht ein entzündlicher Degenerationsprozeß des Koriums und Hypertrophie der Oberhaut.

Digitized by Google

Die gutartige, aber äußerst hartnäckige, von Volkmann beschriebene Lippenaffektion: Cheilitis glandularis apostematosa wird von Sutton durch ma- und mikroskopische Abbildungen eigener Fälle illustriert. Es handelt sich um eine reine unentzündliche Hypertrophie der Lippendrüsen mit Dilatation der Ausführungsgänge.

Auch von den folgenden Affektionen gibt Sutton zum ersten Male instruktive Abbildungen:

Espundia heißt eine eigene Hautkrankheit Südamerikas, welche in Brasilien, Bolivia, Kolumbien, Ekuador und Peru beobachtet wird. Auf einen primären „Schanker", der am Hals, Rücken, den Schultern, Armen oder Beinen sitzt und langsam heilt, erscheinen nach einigen Jahren schwere, chronische Ulzerationen am Mund, Nase, Gaumen und Kehlkopf, welche jahrelang bestehen und zum Schwund des knöchernen Nasengerüstes führen können, ohne daß das Allgemeinbefinden gestört wird. Laveran und Nethan-Larrier haben als Erreger eine Leishmannia tropica mit besonderer Form des Kernes festgestellt. Eine Abbildung erläutert den Eindruck der Krankheit.

Auch die Maul- und Klauenseuche des Menschen wird durch zwei gute Chromolithographien illustriert, von denen die eine die Affektion des Mundes auf der Höhe, die andere die des Fußes im Stadium der Abschuppung darstellt. Es handelt sich um eine leicht fieberhafte Krankheit, charakterisiert durch ein Erythem und eine oberflächliche Bläscheneruption der Mundschleimhaut, der Hände und Füße, welche mit Salivation, Hitze und Parästhesien der befallenen Stellen und nachfolgender Abschuppung einhergeht und zu narbenloser Heilung führt.

Das Lehrbuch ist kurz, prägnant und mit größter Anschaulichkeit geschrieben, so daß es das wirklich Wissenswerte für den Studenten und Praktiker enthält. In der Auswahl des aus der Fülle der Literatur Gebotenen spürt man überall den seinen Stoff beherrschenden Mann der Wissenschaft.

Was dem Buch seinen besonderen Wert verleiht, ist der Reichtum an Abbildungen. Über 900 photographische Reproduktionen und Tafeln illustrieren das Werk. Fast jede Dermatose ist mikroskopisch und makroskopisch im Text abgebildet, was das Studium dem Leser so sehr erleichtert. Auch sonst hat der Verlag, was Druck, Reproduktion, Papier und Einband betrifft, keine Anstrengung gescheut. K. Unna-Hamburg.

Hautkrankheiten (Diseases of the Skin), von Henry H. Hazen-St. Louis). Während des Krieges noch erschien der kurze Abriß des Washingtoner Dermatologen. Besonders hervorzuheben sind die glänzenden Abbildungen, welche das für die Studierenden bestimmte Werk zieren. K. Unna-Hamburg.

Die Heilwirkung des Lichtes auf die Geschlechtskrankheiten. Nach 20jähr. Erfahrung von Breiger-Berlin. (Ellersiek, Berlin 1920.) Die Schrift gedenkt der Rolle des Lichtes, im besonderen der ultravioletten Strahlen, bei der Behandlung der Syphilis und der Blennorrhoe. Verf. hat unter Kombination des Quecksilbers und des Lichtes nur Gutes gesehen, im besonderen Dauererfolge. Er führt dies darauf zurück, daß die Metallsalze, ins Körpergewebe eingeführt, als Katalysatoren für das Licht dienen, wie es andere Stoffe auch tun, d. h. sie verstärken die Lichtwirkung so wie gewisse Kupfersalze bei der Tuberkulosebehandlung die Lichtwirkung erhöhen. Außerdem leistet das Licht zur Ausscheidung der Metallsalze die besten Dienste. Ferner glaubt er, daß das Licht den Hämoglobingehalt des Blutes erhöht und damit die antitoxine Kraft desselben, wie sie in der Vermehrung der Leukozyten zutage tritt. Wolff-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Weitere Mitteilungen zur Kenntnis der Milchinjektionswirkung, von Ernst Friedr. Müller-Hamburg. (M. Kl., 1918, Nr. 28.) Verf. unterscheidet zwei Wirkungsfaktoren: 1. die Knochenmarkswirkung, der er den therpapeutischen Effekt zuschreibt, 2. die Wirkung, die die oft sehr störenden Nebenerscheinungen hervorruft: Temperatur- und Pulssteigerung, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, daneben starke Schmerzen an der Injektionsstelle, zuweilen Abszesse und Infiltrationsbildungen. Diese beiden letzteren sind die Folge von unsterilen Injektionen, lassen sich also leicht vermeiden. Die Schmerzhaftigkeit und die Allgemeinerscheinungen sind nur bei Anwendung von entsprechend vorbehandelter Milch zu umgehen. Ein solches Präparat ist der Firma Beiers-

Digitized by Google

dorf & Co. im „Aolan" zu erzeugen gelungen. Es wurden nicht nur bei der Bartflechte therapeutisch beachtenswerte Ergebnisse erzielt, sondern fast überall da, wo man durch die Auslösung aktiver Knochenmarkstätigkeit infektiöse Vorgänge im Organismus beeinflussen wollte. O. Lasch-Breslau.

Behandlung von Staphylokokkenerkrankungen mit übermangansaurem Kali, von Marcus Mayer-Stuttgart. (M. m. W., 1919, Nr. 39.) Hypermangansaures Kali wirkt in 10%iger Aufschwemmung bei Staphylokokken spezifisch. (Beweis: Kulturversuch und mikroskopische Untersuchung des Furunkelinhaltes auf Staphylokokken vor und nach der Kalianwendung.) Das Mittel wirkt durch Sauerstoffabspaltung; durch den Lebensprozeß der Staphylokokken, welche Säuren ausscheiden, wird der Vorgang verstärkt. Die Aufschwemmung wird aufgepinselt, Höhlen ausgepinselt und mit getränkter Gaze ausgestopft. Daß er mit „Ekmanaskussalbe" (Quecksilberpräzipitat, Zinkoxyd und Glyzerin) bessere Resultate bei Nasenekzem erzielt hat „als mit der offiziell hergestellten Quecksilbersalbe", wird dem Verf. jeder Dermatologe glauben.
v. Notthafft-München.

Über Behandlung von Staphylokokkenerkrankungen mit übermangansaurem Kali, von Erich Neusser-Emmersdorf a. D. (M. m. W., 1920, Nr. 1.) Die Wirkung des übermangansauren Kalis wird erhöht, wenn die konzentrierte Lösung heiß aufgepinselt und der Kranke dann der Sonne ausgesetzt wird. v. Notthafft-München.

Über den Nachweis gefälschter Salvarsanpräparate, von A. Peratz-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 41.) Wie die Höchster Farbwerke bekanntgegeben haben, werden im Schleichhandel neuerdings an Stelle von Neosalvarsan in täuschend nachgemachter Packung Ampullen verkauft, welche namentlich Bleichromat, Gips und Schwerspat enthalten. Hierbei wird der erfahrene Facharzt zwar schon durch die dunkelgelbe Färbung des Pulvers und seine schlechte Löslichkeit in Wasser den Verdacht auf eine Fälschung schöpfen. Zur weiteren Sicherung empfiehlt P. folgende zwei Proben auszuführen, von denen die eine eine Modifikation der Abelinschen Reaktion darstellt: Man richtet sich 3 Reagenzgläschen her, von denen Nr. I und II mit 3—5 ccm Wasser, Nr. III mit 3 ccm einer Resorzinlösung (R.: Resorzin 0,5, Natrii carbonici 3.00, Aq. dest. 10,0) beschickt werden. Statt der Resorzinlösung kann auch eine Lösung von α-Naphthol (eine 5%ige alkoholische mittels Ammoniak alkalisierte α-Naphthollösung) genommen werden. Nun wird das zu untersuchende Neosalvarsan aus der Ampulle genommen und in der Injektionsspritze aufgelöst, um eventuell alsbald verwendet werden zu können. Einige Tropfen der Lösung in Glas I gegeben unter Zusatz von Liquor ammonii hydrosulphurat (3.5 ccm) bewirken bei echtem Neosalvarsan keinerlei Fällung, bei vorhandenem Schwermetall dagegen alsbald einen Niederschlag. In Glas II gibt man zunächst einige Tropfen verdünnte Salzsäure und einige Tropfen einer 0,5%igen wässerigen Lösung von Natrium nitrosum. Von dieser (salpetrige Säure enthaltenden) Mischung gibt man tropfenweise der Resorzinlösung (Glas III) zu. Ist Salvarsan in Glas II enthalten, so färbt sich zunächst unter Entwicklung von CO_2 die Resorzinlösung rot, während man sonst eine Gelbfärbung erhält. Hierbei muß darauf geachtet werden, daß die Resorzinlösung einwandfrei alkalisch reagiert. Die Naphthollösung gibt mit Salvarsan eine scharlachrote Färbung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung torpider Geschwüre, von Dürig. (D. m. W., 1919, Nr. 44.) Verletzungen, die mit großen Substanzverlusten einhergehen, hinterlassen sehr häufig große Narben, deren zentrale Teile infolge der schlechten Blutversorgung im Narbengewebe nie epithelisieren wollen, so daß häufig Transplantationen erforderlich sind. Zur Anregung der besseren Blutversorgung der Narbe gibt D. folgende Methode an: Spülung des Geschwürs mit möglichst warmer Lösung von Kal. permanganicum (40°) in möglichst scharfem Strahl. Der Irrigator wird zu diesem Zwecke mit 2 m Gefälle aufgestellt, das Glasansatzstück bis auf Stecknadelkopfgröße zugeschmolzen. Die Spülung (etwa 2 Liter) wird einmal täglich vorgenommen. Danach trockener Verband.
E. Brinitzer-Altona.

Über Liquor carbonis detergens, von K. Herxheimer und K. Altmann. (B. kl. W., 1919, Nr. 49.) Liquor carbonis detergens ist ein Auszug von Steinkohlenteer mit Quillajatinktur. Die aus Südamerika kommende Quillajarinde ist so knapp und teuer geworden, daß an einen Ersatz gedacht werden mußte. Verff. prüften deshalb andere glykosidhaltige Pflanzenauszüge zur Extraktion des Steinkohlenteers. Ein erheblicher Unterschied in der Wirkungsart der mit den verschiedenen Pflanzenauszügen bereiteten Teere ließ sich nicht feststellen; immerhin hatten sie den Eindruck einer ge-

Digitized by Google

wissen Überlegenheit der mit Tinctura Urticae und Tinctura Verbasci hergestellten Liquores. Das Indikationsgebiet des Liquor carbonis detergens wird eingehend besprochen.
O. Sprinz-Berlin.

Erfahrungen mit Vuzin, von Wassertrüdinger. (D. m. W., 1919, Nr. 44.) Auf der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Westend-Charlottenburg wurden einige Fälle von Erysipel und abgeschlossenen Eiterungen mit Vuzininjektionen behandelt. Die Eindämmung der Entzündung und die Beschleunigung der Heilung war so auffallend, daß, entsprechend den Versuchen Morgenroths, von einer chemotherapeutischen Antisepsis im Gewebe gesprochen werden muß. Bei vier Fällen von Sehnenscheidenphlegmonen und zwei Fällen von Rückenkarbunkeln trat nach dieser Behandlungsmethode eher eine Verschlechterung ein.
E. Brinitzer-Altona.

Pharmakologische und klinische Untersuchungen über Laneps, von Josef Hessler. (Vet. med. Diss., München 1917.) Nach den Angaben der Firma Bayer & Co., Leverkusen bei Köln, besteht die Synthese des Vaselinersatzes „Laneps" auf der Kondensation aromatischer Teerkohlenwasserstoffe zu hochmolekularen Komplexen, die durch geringe Zusätze von Paraffin bzw. Wachs in Salbenform übergeführt werden. Laneps ist vollkommen geruchlos, äußerlich kaum vom Lanolin des Arzneibuches zu unterscheiden, unbeschränkt haltbar und nimmt im Gegensatz zum amerikanischen Vaselin und dem Ungt. Paraffini bis zu 40% Wasser auf. Aus den vom Verf. angestellten Versuchen geht hervor, daß Laneps die Anforderungen, die an eine Salbengrundlage gestellt werden, im weitgehendsten Maße befriedigen kann. Besonders vorteilhaft ist die hohe Wasseraufnahmefähigkeit und somit auch die gute Resorptionsfähigkeit. Während bei der Eucerin-anhydricum-Jodkalisalbe der Übergang von Jodkalium in den Harn beim Menschen nach 3—5 Stunden, beim Hunde nach 2—3 Stunden nachzuweisen war, konnte bei der Einreibung einer 10%igen Laneps-Jodkalisalbe beim Menschen bereits nach 2, beim Hunde nach 2—3 Stunden Jod im Harn erkannt werden. Die Deck- und Schutzkraft von Laneps ist ebenfalls eine bedeutende. Ihre gleichbleibende Konsistenz, Geschmeidigkeit und Reizlosigkeit trugen dazu bei, auf Wunden schmerzlindernd zu wirken.
F. Weiler-Leipzig.

Über Arsoferrinbehandlung, von J. Flesch-Wien. (W. m. W., 1919, Nr. 2.) Die Kombination von glyzerinphosphorsaurem Eisen mit Arsen in der Form von Teetabletten hat Verf. seit fünf Jahren verwendet und gut bewährt gefunden.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Arsoferrin-Tektolettes bei Hauterkrankungen, von R. Polland-Graz. (W. m. W., 1919, Nr. 5.) Unter obiger Bezeichnung vertreibt die Apotheke zum Hl. Geist in Wien Tabletten, welche bei einem Gewicht von 0,25 g je 0,0005 Arsen als arsenige Säure und 0,003 Eisen in Form eines wasserlöslichen, glyzerinphosphorsauren Salzes enthalten. Verf. rühmt dem Präparat leichte Verdaulichkeit und gute Resorbierbarkeit nach. Bei Verabreichung von nicht zu kleinen Dosen — er gibt bis zu 15 und 18 Stück im Tage — hatte er günstige Erfolge bei anämischen Zuständen und speziell auch bei Psoriasis, Pruritus nervosus und bei Hauterkrankungen tuberkulösen Ursprungs wie Lupus, Skrophuloderma und Tuberkuliden.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine neue Zilienzange, von Joseph Rudolf Thim-Wien. (M. Kl., 1919, Nr. 17.) Der Verf. hat ein neues Modell für Zilienpinzetten zur Epilation angegeben: das Zangenmaul ist mit seitlich im Winkel abgebogenen Schnäbeln ausgestattet, die beim Erfassen der Zilien zuerst an ihrer Spitze schließen. Diese neue Epilationspinzette kann auch mit elektrischer Beleuchtung versehen werden, um das Erfassen auch der feinsten Zilien zu ermöglichen. Im übrigen muß für die Details auf das mit einer Abbildung versehene Original verwiesen werden.
O. Lasch-Breslau.

Der Chrysarobinersatz „Cignolin", von R. Polland-Graz. (W. m. W., 1919, Nr. 37.) Irrtümlicherweise benutzte ein Krankenwärter statt einer Krätzesalbe eine soeben frisch zubereitete 3%ige Cignolinsalbe (Ac. salic. 10, Cignolin 3, Ol. rusci 20, Sapon. vir. und Vaselin ää 35). Er rieb dieselbe einem Kranken am ganzen Körper ein. Am anderen Tage war der ganze Körper des Kranken rotviolett gefärbt, die Haut leicht ödematös, gespannt und sehr empfindlich. Unter Desquamation in großen Lamellen trat allmählich Wiederherstellung ein. Auffallenderweise blieb eine Konjunktivitis aus. Auch wurden keinerlei Vergiftungserscheinungen beobachtet.
H. Vörner-Leipzig.

Über Cignolin, von W. Kretschmer-Wien. (W. m. W., 1919, Nr. 37.) Das Präparat hat gegenüber dem Chrysarobin den Vorteil der größeren Verträglichkeit; es ist auch am behaarten Kopf und im Gesicht anwendbar. Es ist frei von Nebenwirkungen,

Digitized by Google

kann demnach in wirksamer Konzentration angewendet werden; ferner irritiert es nicht die Haut, so daß der Gebrauch desselben sich mit der Anwendung von Bädern verträgt. Neben der Verwendung des Mittels in $2^1/_2$—5%igen Salben wird diejenige einer $^1/_2$%igen Lösung in Benzol hervorgehoben. Der Erfolg tritt bei Psoriasis und Trichophytie in 5—10 Tagen ein. H. Vörner-Leipzig.

Über die Verwendung des Zykloforms in der laryngo-rhinologischen Praxis, von Fritz Soherr-Wien. (W. m. W., 1919, Nr. 40.) Durch das ungiftige Zykloform läßt sich das giftige Kokain häufig und vorteilhaft ersetzen. Die Applikation geschieht in der Weise, daß das Mittel auf die kranken Teile aufgeblasen wird. Zur Beseitigung von Schluckbeschwerden wird dem Patienten ein Brei gegeben, der aus mit Wasser angerührtem Zykloform besteht. Berieselungen wurden durch eine 5%ige Anästhesein-Koryfin-Zykloformlösung vorgenommen. Intoleranz- oder Vergiftungserscheinungen werden nie beobachtet, im Gegenteil scheint die leicht desinfizierende und fäulniswidrige Wirkung des Zykloforms den Heilungsprozeß günstig zu beeinflussen.
H. Vörner-Leipzig.

Über Zykloform, von J. Cornides-Wien. (W. m. W., 1919, Nr. 40.) Die Anwendung des Zykloforms als Wundheilmittel bietet den großen Vorteil, den Verlauf der Prozesse schmerzlos zu gestalten. Die Wirkung des Mittels hält etwa 24 Stunden an. Das Zykloform in Pulver-, Salben- und Pastenform bewährte sich bei Analfisteln, Verbrennungen und Ulcus cruris. Das Zykloform ist mild antiseptisch, reizlos und ungiftig. Auch verdient es als antiekzematöses Mittel Beachtung. H. Vörner-Leipzig.

Pepsin zur äußerlichen Behandlung von epidermalen, kutanen und subkutanen Krankheitsprozessen, von P. G. Unna. (B. kl. W., 1920, Nr. 4.) Unna hat durch seine Erforschung der Hornsubstanzen die Lehre von der Resorption durch die Hautdecke auf eine neue Grundlage gestellt und damit der Therapie neue, aussichtsvolle Wege gewiesen. Nur die äußere Hülle der Hornzelle (Keratin A) ist in dem Pepsin + HCl-Gemisch unverdaulich; der Inhalt (Keratin B. und besonders die Hornalbumosen) ist dagegen der Verdauung zugänglich. Durch die auf diese Weise hohlgewordene Hornzelle erfolgt dann der Durchtritt auf dem Wege der Osmose. Die Verdauungsmethode hat ausgezeichnete Erfolge bei der Auflösung alter Narben und Narbenkaloide, fibröser Sklerosen, Elephantiasis scroti und cruris, sodann bei Lymphdrüsentumoren und Granulationsgewebe. Ein weiterer, großer Vorzug des Verdauungsgemisches liegt in der Möglichkeit des Transportes von Medikamenten, welche sonst die Haut nicht durchdringen können, wie Suprarenin, Morphium und Kokain. O. Sprinz-Berlin.

Über die Anwendung von Pepsin-Salzsäure zur Verdauung von Narbengewebe, von W. Patzschke-Hamburg. (M. m. W., 1920, Nr. 14.) Zur Anwendung kamen Dunstumschläge mit Rp. Pepsini 10, Acid. mur., Acid. carb. āā 1, Aq. ad 200, Salben von Rp. Pepsini 10, Acid. mur., Acid. carbol. āā 1, ung. moll. ad 100 und Injektionen von Rp. Pepsini 10, Acid. mur., Acid. carb. āā 1, Aq. ad. 100. Wenn bei äußerlicher Anwendung Reizung der Haut eintrat, wird die 1%ige HCl durch 4%ige Borsäure ersetzt. Pepsin-Salzsäure geht durch die intakte Hornschicht hindurch und nimmt auch andere Medikamente auf diesem Wege mit. Dunstverbände und Salben haben sich bei Sklerosenverhärtungen, Bubonen nach Helkosen und bei tuberkulösen Halsdrüsen wirksam erwiesen. (Salzsäure- und Karbolsäurewirkung.) Injektionen von zweimal wöchentlich 5 ccm waren wertvoll bei Nebenhodenverhärtungen und zur Verhütung von solchen und bei Strikturen. Alte Narben reagieren langsamer. Bei solchen und Cheloiden ist es ratsam, die Methode mit gleichzeitiger Pyrogallusanwendung zu verbinden. v. Notthafft-München.

Die Verwendungsmöglichkeiten des Humanols (ausgelassenes menschliches Fett) in der Chirurgie und die damit erzielten Erfolge, von Friedrich Loeffler-Halle. (Bruns Beitr., 1919, Bd. 116, H. 4.) Das aus Lipomen, Bauchfett und Netzfett gewonnene flüssige menschliche Fett (Humanol) ist eine ölige, klare, vollständig reizlose Substanz. Unter die Haut injiziert ruft es keine Entzündungserscheinungen hervor, und wird innerhalb einiger Tage resorbiert. Infolge dieser Resorbierbarkeit und seines niedrigen Schmelzpunktes ist seine Verwendung zu plastischen Zwecken nicht geeignet. Mischungen mit Fetten höheren Schmelzgrades sind insofern unzweckmäßig, als das Humanol resorbiert wird, der andere Fettbestandteil dagegen doch immer als Fremdkörper wirkt und zur Abstoßung gelangen kann. Sehr gut eignet sich das Humanol zur Lösung von Narbenverwachsungen und bei Sehnenumschneidungen. Bei Nerveneinbettungen läßt sich einwandfrei ein Nutzen objektiv nicht feststellen. Auch bei der Behandlung von Knochenhöhlen mit heißem Humanol sind die Beobachtungen noch nicht

Digitized by Google

abgeschlossen. Günstig sind die Resultate bei Gelenkinjektionen nach unblutigem Redressement von Verbandkontrakturen. Ganz besonders ist die Verwendung des Humanols bei der beginnenden Arthritis deformans des Kniegelenkes zu empfehlen, wo es nach Injektion von 2 ccm in das Gelenk die Reibegeräusche und Schmerzen beseitigt. Das Jodoformhumanol leistet gute Dienste bei Knochen- und Gelenktuberkulose. Von besonderem Wert ist die vorherige Ausschüttelung des Humanols mit Äther und nachheriger Verdampfung desselben. W. Chrzelitzer-Posen.

Untersuchungen über die Dakinsche Lösung und das Präparat „Mea Jodnia" als Behandlungsmittel infizierter Wunden und als Händedesinfektionsmittel, von Hirschmann und Landau-Berlin. (Bruns Beitr., 1919, Bd. 116, H. 1.) Die chirurgische Behandlung infizierter Wunden mit Dakinscher Lösung und Mea Jodina zeigte keine Vorteile vor der üblichen Wundversorgung; im besonderen gelang es niemals, eine Sterilisation der infizierten Wunde zu erreichen. Vom bakteriologischen Standpunkt aus konnte keine besondere Wirkung der Dakinschen Lösung und des Jodina festgestellt werden. Die Desinfektionswirkung obiger Lösungen auf die Keime der Tageshand ist durchaus unzulänglich, die Mittel sind daher zur Händedesinfektion nicht zu empfehlen. W. Chrzelitzer-Posen.

Terpentinölinjektionen (Klingmüller) gegen Hautkrankheiten, von J. Seiler-Budapest. (Orv. Ujsag., 1919, Nr. 7.) Verf. gab Injektionen von 20—40%igem Terpentinöl bis 0,20 ccm (0,10, 0,15, 0,20) in drei steigenden Dosen, auch parallel mit Milchinjektionen. Ihm scheint die Wirkung der letzteren dauernder, rascher und anhaltender zu sein. Impetiginöse Ausschläge bildeten sich in 1—2 Tagen zurück. Bei Pyodermien und Furunkulose war die Wirkung nicht so ausgeprägt. Nässende Ekzeme trockneten rasch ein. Bei chronischen Ekzemen konnte nicht viel erreicht werden, höchstens eine subjektive Linderung. Bei diffusem Pruritus war der Erfolg oft auffallend, doch nicht anhaltend. Die Injektionen mußten mehrmals wiederholt werden. Einen Nachteil bedeutet unbedingt die Fiebererscheinung, indem die Temperatur oft über 38° stieg, und noch schwerer fällt in die Wagschale der verursachte Schmerz, welcher oft größere Unbequemlichkeiten bereitet, als die Krankheit selbst. M. Porosz-Budapest.

Jodmedikation mit freiem kolloidalem Jod, von Fèvre. (Progr. méd., 1919, Nr. 41.) Unter dem Namen l'Eudal Feriot wird ein Präparat empfohlen, das Jod in freiem Zustande darstellt, nicht wie die früheren in einer Kombination, welche als Ursache der unbefriedigenden Erfolge anzusehen ist. E. Levin-Berlin.

Maresan und Zellulartherapie, von P. Viett-Horneburg. (Allg. m. Zztg., 1919, Nr. 35.) Maresan ist eine der osmotischen Konzentration des Blutes entsprechende Verdünnung des Meerwassers, deren Analyse fast genau mit der des Rakoczy-Brunnens übereinstimmt; dem nach besonderem Verfahren hergestellten Mineralwasser wird Kohlensäure zugesetzt. Nach der Theorie des Verf. ist, da alles Leben aus dem Meere stammt, das Meerwasser die spezifische Lebensflüssigkeit, und zwar sind seine anorganischen Salze in der in ihm vorhandenen Konzentration von 34 pro Mille unentbehrlich für die Meertiere, ebenso auch für den den Abschluß der Entwicklung bildenden Menschen, jedoch durch seine Entwicklung zum Landbewohner in der Konzentration von 9 pro Mille. Durch Anwendung von Maresan wird also Zellulartherapie getrieben und daher seine guten Erfolge bei fast allen Krankheiten. Als Beispiel für die glänzende Wirkung wird ein Fall von Morbus maculosus mit mehrwöchigen Blutungen aus Darm, Blase, Nase, Zahnfleisch, zahlreichen Hämorrhagien angeführt; täglich eine Flasche Maresan, nach 8 Tagen Blutungen verschwunden, in 4 Wochen 20 Pfund Gewichtszunahme, nach 8 Wochen geheilt. E. Levin-Berlin.

Über Pranatol, ein neues Mittel gegen Krätze und andere Hautkrankheiten. Mit einem Nachtrag über Akne, von H. Müller-Kassel. (Allg. m. Zztg., 1919, Nr. 21.) Dem in Anlehnung an eine vor Jahren von Unna gegebene Vorschrift Zimtaldehyd, Sagrotan, Zinkoxyd und Calcar. carbon. enthaltenden Mittel wird schnelle und sichere Heilwirkung bei angenehmer Anwendungsweise nachgerühmt, so daß es befähigt erscheint, an Stelle der früher gebräuchlichen, jetzt schwer erhältlichen Antiskabiosa zu treten. Nachekzeme blieben aus, und es erwies sich auch bei anderen nicht durch Skabies entstandenen akuten, artifiziellen Ekzemen, ferner bei schweren Aknefällen wirksam. E. Levin-Berlin.

Über Zerasan, von R. Bassenge. (Allg. m. Zztg., 1919, Nr. 13.) Die wichtigsten Bestandteile sind eine Verbindung der aus Seetang gewonnenen neutralisierten Laminarsäure mit wasserlöslichem Chlormetakresol. Die in vier Fällen (eiternde Fistel-

Digitized by Google

gänge bei Spina ventosa, jauchendes Epitheliom der Wange, Prurigo simplex — recte Pruritus Ref. — nässendes Ekzem der Schamgegend) erzielten Resultate bezeichnet Verf. als überraschende. Allerdings wurden gleichzeitig Bestrahlungen angewandt.

E. Levin-Berlin.

Intravenöse Injektion undurchsichtiger Flüssigkeiten, von Werner Heyl. (M. m. W., 1919, Nr. 51.) Zwischen zwei je 3—5 cm lange, sehr weiche, 2 mm weite Gummischläuche wird ein 2 cm langes Glasröhrchen eingeschaltet. Auf das eine der nun noch freien Schlauchenden wird eine gewöhnliche Rekordkanüle gesetzt. Dann füllt man eine Rekordspritze mit der Injektionsflüssigkeit, läßt einen Spritzenraum von 1—2 ccm zum Ansaugen frei, setzt das Mundstück der Spritze auf das zweite, freigebliebene Schlauchende und sticht die Kanüle in die Vene. G. Heymann-Elbing.

Besteck zur intravenösen Injektion undurchsichtiger Lösungen, von A. Stühmer-Freiburg. (M. m. W., 1919, Nr. 43.) Für diejenigen, welche bei Salvarsaneinspritzungen nicht mit abgesetzter Nadel arbeiten, sondern am Eindringen von Blut in die Spritze die richtige Lage der Nadel in der Venenlichtung erkennen wollen, schafft das schokoladenbraune Silbersalvarsan natürlich Schwierigkeiten. Stühmer hat nun die Schreibersche Nadel mit einer blutauffangenden Schale versehen. Abgesetzt wird zwar auch hier, aber das Operationsgebiet wird nicht beblutet. Außerdem löst er das Pulver durch Aufschütten auf die Wasserfüllung eines eigenen Lösungsgefäßes. Nichtgelöste Teilchen bleiben in der Kröpfung des Glases zurück. Fabrikant: Nosch-Freiburg i. B.

v. Notthafft-München.

Injektionsspritze für intravenöse Injektionen von Silbersalvarsannatrium sowie anderer dunkelgefärbter und differenter Lösungen, von Friedr. Betty-Landau. (M. m. W., 1920, Nr. 16.) Empfehlung einer Spritze mit angeschmolzenem Vorsatzstück.

v. Notthafft-München.

Intravenöse Injektion undurchsichtiger Flüssigkeiten, von Walther Hoffmann. (M. m. W., 1920, Nr. 13.) Ersatz des Heylschen Schaltstückes durch eine gläserne Phiole, welche unmittelbar mit dem Schlauch in die Nadel gesteckt wird.

v. Notthafft-München.

Sterile dauernd haltbare Kochsalzlösung, von K. Targe-Freiburg i. B. (M. m. W., 1920, Nr. 13.) Diese wird durch Zusatz von Salzsäure hergestellt. Vor der Anwendung erfolgt Neutralisierung mit Natronlauge. Bei Verwendung von Leitungswasser sind Kalzium, Mangan, Magnesium und Eisen tags vor der Verwendung durch Kochen mit Natronlauge zu entfernen.

v. Notthafft-München.

Eine Fabrik von gefälschtem Neosalvarsan; eine medizinische Diplommühle als Seitenlinie. (J. Am. m. Assoc., 1917, Bd. 69, Nr. 11.) In New York wurden durch das Gesundheitsamt auch sonst übel beleumdete Personen zur Verhaftung gebracht, die in großem Maßstabe täuschend nachgeahmte Neosalvarsanpackungen in den Handel gebracht hatten, von denen eine sich gleichzeitig mit dem Vertriebe gefälschter ärztlicher und zahnärztlicher Diplome beschäftigte. Die ein gelbes Salz enthaltenden Tuben, deren Herstellungspreis ungefähr 10 Cents betrug, wurden zum Preise von $5^1/_2$—9 Schillinge verkauft, je nach der Nachfrage seitens der Ärzte. Die Veröffentlichung des Gesundheitsamtes soll dazu dienen, die Ärzte von dem Kaufe von Spekulanten abzuhalten.

E. Levin-Berlin.

Identifizierung gefälschten Neosalvarsans. (J. Am. m. Assoc., 1917, Bd. 69, Nr. 12.) Im Anschluß an die vorstehende Veröffentlichung gibt das Gesundheitsamt eine tabellarische Übersicht heraus, aus der die Unterschiede des Inhalts und der Verpackung von dem Originalpräparat ersichtlich sind. Alle bis dahin entdeckten Produkte trugen die Versandnummer A 25884.

E. Levin-Berlin.

Über antiseptische Wundbehandlung und die Einwirkung einiger Antiseptika auf die Gewebe, II. Teil, von Georg Schoene. (Arch. f. kl. Chir., 1920, Bd. 113, H. 2.) Die Arbeit bringt großangelegte Untersuchungsreihen, die sich auf klinische Erfahrungen und Tierexperimente stützen, zur Klärung der Fragen, wie die Heilwirkung des Vuzins und anderer Antiseptika, besonders der verschiedenen Formen des Karbols, auf Gelenk und Gewebe zustande kommt. Die zweifellosen Erfolge sind zu einem wesentlichen Teil auf eine direkte Beeinflussung der Bakterien durch Wachstumshemmung zu beziehen, ohne deshalb den in der Reaktion gegebenen Heilfaktor unterschätzen zu wollen. Die zelluläre Reaktion unterstützt sehr oft die günstige Wirkung des Antiseptikums. Die Reaktion kann aber auch in manchen Beziehungen der Auswirkung des Antiseptikums entgegen sein. Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

O. Sprinz-Berlin.

Digitized by Google

Die Bedeutung der internen Medikation bei Dermatosen (L'importance des traitements internes en Dermatologie), von P. RAVAUT-Paris. (Presse méd., 1920, Nr. 8.) Namentlich zwei Mittel haben sich dem Verfasser zur Behandlung von Hautläsionen als sehr nützlich erwiesen, das Natrium cacodylicum und Natriumhyposulphit, ersteres bei refraktären Ekzemen in erster Linie und letzteres bei den während der Salvarsanbehandlung auftretenden Erythemen. Das Kakodyl wird zur Prüfung der Reaktionsfähigkeit der Patienten zunächst subkutan verabreicht in Dosen von 10—30 cg einer 10%igen Lösung; wird das Medikament gut vertragen, so geht man alsbald zur intravenösen Darreichung über und steigt rasch auf Gaben von 1 g und selbst mehr des Salzes in 24 Stunden. Im Durchschnitt dauerte die Kur 3 Wochen, wobei 15—20 g verbraucht wurden; aber bei einigen Kranken wurden in 2—3 Monaten 40 und 50 g gegeben. Das Natriumhyposulphit, welches bei 13 besonders refraktären Ekzemfällen die Kakodylbehandlung sehr wirksam unterstützt zu haben scheint, wird entweder per os (R. Natr. hyposulph. 25,0, Sirup. spl. und Aq. dest. aa 125,0) in Mengen von 6—10 g des Salzes in 24 Stunden gegeben oder in entsprechender Dosierung intravenös. Die Behandlung muß allerdings einige Tage oder auch wochenlang fortgesetzt werden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Vakzinebehandlung der Geschlechts- und Hautkrankheiten, von G. NOBL-Wien. (Klin. ther. Wschr., 1920, Nr. 3/4 u. 5/6.) Der bekannte Dermatologe spricht in einem Vortrage über das zeitgemäße Thema. In Betracht kommen die Vakzinebehandlung der Blennorrhoe, deren Komplikationen prompt auf intramuskuläre Arthigoninjektionen zurückgehen; die von verschiedenen Seiten behauptete provokatorische Reizung wird bestritten. Dagegen wird der diagnostischen Wirkung zugestimmt, wobei auf die sogenannte Zacke, dem nochmaligen Anstieg der Temperatur am nächsten Tage als bedeutungsvoll hingewiesen wird. Die Vakzine- und Serumbehandlung der Syphilis hat trotz verschiedentlicher Versuche bis jetzt zu keinem Ziele geführt. Aussichtsreicher gestaltet sich die biologische Behandlung bei einer Reihe von Hautkrankheiten akuter und chronischer Natur. Insbesondere sehen wir eine solche Wirkung bei den verschiedensten Formen der Bartflechte, die der Verfasser ausführlicher bespricht. Er verwendet neben der lokalen Behandlung das Trichophytin und das Trichon. Ein ersprießliches Wirkungsfeld hat die Vakzinebehandlung ferner sich bei der großen Gruppe von Pyodermien erobert, als deren Hauptrepräsentant die Furunkulose bewertet wird. Ebenso bei den chronischen Follikulitiden, der vulgären Akne und der tiefreichenden Impetigo. Die gebräuchlichsten Vakzine sind Leukogen, Opsonogen. Schließlich ist noch der Tuberkulininjektionen bei den Hauttuberkulosen zu gedenken.

W. Chrzelitzer-Posen.

Lokale Anästhesie durch Injektion von Anaesthesin solubile (Subkutin), von FLORR-Essen. (D. m. W., 1919, Nr. 52.) Verfasser empfiehlt die Anwendung von Subkutin für Lokalanästhesie. Dies ist das wasserlösliche, phenolsulfosaure Salz des Anästhesins als 1%ige gebrauchsfertige Lösung, unbegrenzt haltbar und sterilisierbar, billig und ungiftig. de Lemos-Hamburg.

Zwei Fälle von Nitrobenzolvergiftung durch Kopfläusemittel, von LOTTE WOLFF-Berlin. (D. m. W., 1920, Nr. 4.) In beiden Fällen trat nach dem Gebrauch des Läusemittels Bewußtlosigkeit, zeitweise Krämpfe und Zyanose auf bei ruhiger Atmung. Trotz des bedrohlichen Zustandes bei der Aufnahme des einen Kindes erfolgte schnelle Heilung nach Apomorphin, Aderlaß und Analeptika. In dem in der Drogerie gekauften Mittel wurde Nitrobenzol nachgewiesen. Ob die Vergiftung durch Inhalation oder Resorption entstanden ist, wird unentschieden gelassen. Nitrobenzol müßte dem freien Handel entzogen werden. de Lemos-Hamburg.

Nitrobenzolvergiftung durch Einatmen eines Läusemittels, von K. BOHLAND-Bonn. (D. m. W., 1919, Nr. 50.) Nach Anwendung eines vom Drogisten hergestellten Mittels gegen Kopfläuse traten bei einem 19jährigen Mädchen Benommenheit und bleigraue Hautfarbe auf. Der Atem roch nach Bittermandelöl. Auf Sauerstoffinhalation und Kampferinjektion trat baldige Heilung ein. Die Untersuchung des Medikaments ergab Sabadillösung mit reichlich Zusatz von Nitrobenzol. Die letale Dosis nach Einnehmen des Nitrobenzols (Abortivum, Zusatz von Likören) schwankt sehr. Nitrobenzol müßte dem freien Handel entzogen werden. de Lemos-Hamburg.

Sirupus neosalvarsani, von W. PATZSCHKE-Hamburg-Eppendorf. (D. m. W., 1920, Nr. 7.) Bei allen Spirillenerkrankungen, die auf Salvarsan bei lokaler Applikation reagieren (luetische Erscheinungen, Angina Plaut-Vincent, Stomatitis, Noma), empfiehlt es sich, das Salvarsan in einer Zuckerlösung zu geben. Man benutzt dabei die redu-

Digitized by Google

zierende Kraft des Zuckers, um eine Oxydation des Salvarsans zu verhüten. Verfasser hat durch Versuche die wirksamste und haltbarste Konzentration der Lösungen festgestellt und verordnet auf Grund dessen Rp. Neosalvarsan 0,3, Sir. simpl. ad 30,0. Hiermit werden Gazestreifen getränkt und aufgelegt. de Lemos-Hamburg.

Kaseosanbehandlung, von Karl Targe-Freiburg. (M. m. W., 1920, Nr. 25, S. 721.) Glänzende Erfolge in einem Falle von Schweißdrüsenabszessen, bei drei ziemlich frischen Vorsteherdrüsenentzündungen und einem Tripperbubo. Trichophytie und Reste einer Nebenhodenentzündung blieben unbeeinflußt. In einem Falle wurde schwere Anaphylaxie beobachtet. v. Notthafft-München.

Trypaflavin in der Dermatologie, von S. Werner. (M. m. W., 1920, Nr. 22.) Trypaflavin bewährt sich bei allen Impetigoformen und krustösen Ekzemen als Anfangsbehandlung, besonders aber bei den Pyodermien der Kinder, wegen seiner raschen und guten Wirksamkeit, seiner Einfachheit und der Verbandsersparnis. Die Pinselungen der 1%igen alkoholischen Lösung sauren Trypaflavins sind aber schmerzhaft.
v. Notthafft-München.

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitisarten.

Primeldermatitis und ihre Beziehung zur Anaphylaxie, von C. Augustus Simpson-Washington, D. C. (J. Am. m. Assoc., 1917, Bd. 69, Nr. 2.) Es wird zunächst experimentell nachgewiesen, daß die Primeldermatitis nicht von allgemeiner Irritabilität der Haut abhängt. Durch intraperitoneale Einspritzungen von Primelextrakt und Serum empfänglicher Patienten konnte bei Meerschweinchen keine aktive oder passive Anaphylaxie hervorgerufen werden. Das Pflanzenprotein spielt bei der Dermatitis keine Rolle, ein Alkaloid ließ sich aus den Blättern nicht gewinnen, dagegen ließen sich zwei Gifte darstellen, und zwar eins von der Art eines Glukosids durch Präzipitieren eines Extraktes mit Bleiglätte, das andere, langsamer wirkende anscheinend ein saurer Bestandteil des Harzes, beide unabhängig von irgend einem Öl. Bei der Primeldermatitis sind die Erfordernisse der Anaphylaxie nicht erfüllt, das Zusammenwerfen dieses zwar oberflächlich ähnlichen, doch ganz verschiedenen Prozesses mit der vorliegenden Überempfindlichkeit gegen Drogen und Chemikalien ist unkorrekt. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Jododerma tuberosum, von E. Bernhardt. (Diss., Leipzig 1919, Klinik Rille.) 38jährige Wäscherin, die seit 3 Wochen Geschwürsbildungen im Gesicht zeigt. Dieselben begannen mit Bläschen, etwa 10 Tage, nachdem die Kranke wegen Schwindelanfällen und Beingeschwüren 3mal täglich Jodkali teelöffelweise erhalten hatte. Allmählich entwickelten sich unter weiterer Jodkalidarreichung die Effloreszenzen, die die Patientin bei der Aufnahme in die Klinik aufweist. An der Stirnhaargrenze rechts besteht eine fünfmarkstückgroße, drüsig unebene Geschwürsfläche, die mit rahmigem, graugelbem Eiter und teilweise mit Borken bedeckt ist. Ein gleiches Geschwür findet sich unterhalb des rechten Auges und zieht, die obere Nasenhälfte einnehmend, nach dem linken Augenwinkel hin. Beide Geschwüre sind von einem breiten Entzündungshof umgeben. Das obere rechte Augenlid ist entzündlich geschwollen. Das Auge kann nicht geöffnet werden. Gleiche Rötung und Schwellung am linken Auge. Die Kornea zeigt nahe dem Limbus eine fast hanfkorngroße, umschriebene, leichte Trübung. Unterhalb des linken Augenwinkels ein stark elevierter Knoten mit schmutziggelbem Eiter und Borken bedeckt. Die Basis zeigt drüsige Vegetationen. Links an der Stirn ein zweimarkstückgroßer, breit aufsitzender Tumor, stark gerötet, derb, druckschmerzhaft, von einem entzündlichen Hof umgeben. Die Oberfläche ist abgeplattet und mit dickem graugelbem Eiter bedeckt. Bei Druck entleeren sich aus mehreren Öffnungen große Mengen Eiter. An dem linken Nasenflügel und oberhalb der Nasenspitze und an der rechten Wange je eine linsengroße runde Blase, die mit trübem Eiter erfüllt ist, von einem breiten entzündlichen Hof umgeben. An der Nackenhaargrenze eine linsengroße Geschwürsbildung. Bei Aufhören der Joddarreichung zeigte sich sofortiges Zurückgehen des Krankheitsherdes, bei erneuter Jodzufuhr entstanden wieder frische Bläschen.
F. Weiler-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. Oktober 1920 | Nr. 43 | Band 71

Aus der Abteilung für geschlechtskranke Frauen des Kaiser-Franz-Joseph-Spitals in Wien (provisorischer Leiter: Prof. Dr. Josef Kyrle).

Erfahrungen mit Silbersalvarsan.

Von

Dr. Emil Sitta, Sekundararzt.

Über Silbersalvarsan ist bereits eine große Zahl von Arbeiten erschienen. Citron hat seiner Verwendung schon handbuchmäßige Darstellung gewidmet. Trotzdem erscheint uns der Wert, insbesondere aber die Anwendungsart bei weitem nicht ganz geklärt. Erfahrungen der verschiedensten Therapeuten und an dem verschiedensten Material müssen noch gesammelt werden. Gerade was das letztere betrifft, scheinen wir in einer besonderen und günstigen Lage zu sein. Unter unseren Fällen, durchwegs inskribierten Prostituierten, befinden sich sehr viele aus anderen Gründen eingelangte Fälle alter latenter Lues; gerade diese aber ist sehr geeignet, den Wert eines Antisyphilitikums zu erkennen. Zudem haben wir naturgemäß häufiger als andere Beobachter vielfach Vergleichsmöglichkeit mit früheren Neosalvarsankuren am gleichen Individuum, was namentlich bei Beurteilung der Verträglichkeit des Präparates herangezogen werden kann.

Wir haben für unsere Silbersalvarsankuren 81 Patientinnen eingestellt, die insgesamt 236 g in 1201 Injektionen erhielten. Sie wurden durchweg ohne Hg und mit Verzicht auf Fiebertherapie behandelt. Wir meinten, den besten Einblick in die Verhältnisse zu gewinnen, wenn wir alles ausschalteten, was das Bild der reinen Silbersalvarsanwirkung hätte trüben können. Von diesen 81 wurden 61 bis zu Ende behandelt. Nur sie stehen streng genommen für unsere Schlußfolgerungen zur Verfügung. Von den übrigen Fällen mußten wir bei 16 infolge unerwarteten Ausbleibens des Silbersalvarsans die Behandlung mit Neosalvarsan bzw. kombinierter Kur fortsetzen; 3 Patientinnen blieben von der ambulatorischen Kur aus.

Die Schwierigkeiten der Verabreichung des Silbersalvarsans gegenüber dem Neosalvarsan halten wir für übertrieben, allerdings kommt dieses Mittel nur für in der intravenösen Spritztechnik Geübte in Betracht, namentlich da die große Zahl der Injektionen bei schlechten oder nur wenigen brauchbaren Venen ein Haushalten mit letzteren erfordert. Bei der Verabreichung hielten wir uns zunächst an das von Kolle angegebene Schema und gingen auch auf seine später unserem Chef zugekommene Mitteilung hin von der ursprünglichen Maximaldosis 0,30 auf 0,25 herunter. Bei den letzten unserer Fälle stiegen wir individualisierend gelegentlich im Laufe der Kur wieder bis 0,30 an, da wir (bei

Digitized by Google

Einhaltung aller Vorsichtsmaßregeln, namentlich bei sehr langsamer Injektion) keinerlei ernste Störungen beobachtet hatten.

Über Störungen bei der Silbersalvarsantherapie überhaupt ist von fast allen Autoren übereinstimmend berichtet worden. Wir wollen auf Details nicht eingehen, da sich unsere Erfahrungen hierüber durchaus mit den bisherigen Publikationen decken. Wir sahen auch gelegentlich den vasomotorischen Symptomenkomplex: Kongestionen, Schwindel, Brechreiz, Erbrechen, Erscheinungen, die sich den Injektionen unmittelbar anschlossen, durchweg aber von passagerem Charakter waren. Ernstere Störungen mit Ausnahme der später zu besprechenden Erytheme sahen wir eigentlich nur in einem Falle, dessen Krankengeschichte wir im folgenden wiedergeben.

Patientin A. K. stand im November 1918 wegen Ulcus mixtum (Spirochäten +) bei uns in Behandlung. Kur: 3,90 Neosalvarsan, 10 Hg succinimid. WR während der Kur dauernd negativ. Serum-WR im März 1919 noch negativ. Mai 1919 frisches makulöses Erstlingsexanthem. Scleradenitis submaxillaris eminens (Reinfektion?). Serum-WR ++. Lumbalpunktat negativ (wie bei der ersten Kur) bis auf leichte Zellvermehrung (19). Am Tage der ersten Neosalvarsaninjektion (0,30) entsteht unter Fieber bis 40,5°, Bewußtlosigkeit und Zucken der Extremitäten eine universelle Urtikaria. Auf Adrenalin 0,001 Entfieberung und Erholung im Laufe der Nacht. Nach 11tägiger Pause 0,30 Neosalvarsan. Abermals Benommenheit. Sistieren der Injektionen. Schmierkur (25 Einreibungen). Patientin mit schwacher Serum-WR erscheinungsfrei Ende Juni entlassen. Mitte August neuerliche Aufnahme mit Gonorrhoe. WR noch immer schwach positiv. Die versuchsweise verabreichte Silbersalvarsandosis 0,10 wird beschwerdelos vertragen. Zwei Tage später Temperaturanstieg bis 39,8°, Benommenheit, motorische Unruhe. Nach Adrenalin 0.001 Besserung und Schlaf. Am nächsten Tage entfiebert. Zwei weitere Tage später, fünf Tage nach der Injektion, neuerdings leichte Benommenheit, heftige Kopfschmerzen, Desorientiertheit, Rötung des Gesichts. Temperatur bis 39,8°. Erst auf Adrenalin 0,001 allmähliches Abklingen der Erscheinungen. Drei Tage später Temperatur normal, Befinden gut. Die gegen Neosalvarsan zur Entwicklung gekommene Überempfindlichkeit bestand also auch gegen Silbersalvarsan. Anzufügen ist, daß die Serum-WR drei Tage nach der zweiten Silbersalvarsaninjektion positiv war und daß die nach Abklingen des zweiten Anfalls vorgenommene Lumbalpunktion mit Ausnahme des negativen Wassermanns in allen Reaktionen erhöhte Werte zeigte. Nach zehn Einreibungen Serum-WR negativ, nach weiteren zehn entlassen. März 1920 begannen wir bei der Patientin eine neue Neosalvarsankur, von 0,15 bis 0,3 ansteigend, die nun ohne Beschwerden vertragen wurde. Allerdings entzog sich die Patientin nach insgesamt 0,75 unserer Behandlung.

Ein Gegenstück hierzu bietet der folgende Fall:

Patientin Th. P., Februar 1919 Aufnahme, schankriforme Papeln, WR positiv. Sechs Neosalvarsaninjektionen à 0,60, 5 Hg salicyl. (Stomatitis). Lumbalpunktion nach einer Neosalvarsan- und 2 Hg-Injektionen negativ. Im Laufe der Kur ohne ersichtlichen Zusammenhang mit einer Injektion Ohnmachtsanfall. Nach 3,0 Neosalvarsan WR negativ. Wegen Erythema indurativum Bazin (Tuberkulin-Koch-Behandlung) Entlassung erst Juni 1919. Juli 1919 neuerliche Aufnahme. WR positiv. 2 Sulfoxylat 0,20 und 0,30. Hierauf von der ambulatorischen Behandlung ausgeblieben. September 1919 wieder aufgenommen. WR positiv. 19. IX. Liquor komplett positiv (Eiweiß, WR, Goldsol +++, 40 Zellen). Sulfoxylat 0,20. Darauf kurze Bewußtlosigkeit, Rötung des Gesichts, Erbrechen. Auf Adrenalin 0,001 Besserung. 20 Einreibungen. 10. X. Lumbalpunktion: Liquor komplett positiv. Zellbefund und Goldsolreaktion eher verschlechtert, Liquor-WR nach wie vor positiv. 14. X. Silbersalvarsan 0,15. Nach der Injektion mehrmals Erbrechen, Temperatur bis 37,8°, Kopfschmerz. Adrenalin, Besserung. Der Anfall zeigte diesmal das Bild einer starken hysterischen Komponente. Acht Tage später Silbersalvarsan 0,05. Einige Male Erbrechen, keine Temperaturerhöhung. Nach entsprechendem Einschleichen wird die Kur gut vertragen (insgesamt 3,55 g Silbersalvarsan). WR nach 3,20 g Silbersalvarsan negativ. Lumbalpunktion 7. I. 1920: WR negativ, 10 Zellen, Goldsol- und Eiweißreaktionen ++.

Digitized by Google

Dieser Fall lehrt, daß die Überempfindlichkeit gegenüber dem einen Salvarsanpräparat, hier dem als besonders verträglich geltenden Sulfoxylat, nicht auch gegenüber einem anderen Salvarsanpräparat (Silbersalvarsan) gleich ausgebildet sein muß. Er zeigt auch, wie schwer es oft ist, in dem Komplex der nach einer Injektion auftretenden Erscheinungen eine funktionelle Komponente von der Giftwirkung zu trennen. In vielen Fällen wird wie in diesem nur eine vorsichtigst weitertastende Kur die Entscheidung bringen.

Wenn wir unsere Injektionen überblicken, müssen wir konstatieren, daß die überwiegende Mehrzahl derselben, auch die hohen Einzeldosen (bis 0,3) beschwerdelos vertragen wurden. Wo Störungen der Injektion folgten, erschienen gerade die schweren weitgehend unabhängig von der Höhe der Dosis. Sie stellten sich nicht so selten bei ein und derselben Patientin wiederholt nach den Injektionen ein. Wenn diese wiederholten Störungen leichterer Art waren, konnte die Kur mit Beibehaltung der Intervalle beendigt werden. Wir sahen jedoch auch gelegentlich, daß eine Reihe von 10—12 Injektionen glatt vertragen wurde und dann plötzliche Störungen sich einstellten. Da von derselben Lösung stets auch andere Patientinnen reaktionslos vertragene Injektionen erhielten und die Erscheinungen sich nur in einem kleineren Teile der Fälle auch bei den weiteren Injektionen zeigten, kann der Grund der fallweise beobachteten Störungen nur in einer augenblicklichen Verfassung des Organismus gesucht werden. Die Intervalle betrugen im allgemeinen bei 0,10 bis 0,15 zwei Tage, bei 0,20 zwei bis drei Tage, bei 0,25 und 0,30 vier bis fünf Tage.

Für die Auslösung bzw. Vermeidung des angioneurotischen Symptomenkomplexes werden von den Autoren zwei Faktoren verantwortlich gemacht: die Konzentration des Mittels und das Tempo der Injektion. Wir meinen, daß zu beiden Faktoren ein dritter, vielleicht wichtigster hinzukommt: die individuelle Toleranz. Wir halten schon auch dafür, daß es nicht gleichgültig ist, in welchem Tempo das Mittel dem Blut beigemengt wird, und haben es daher auch durchweg langsam einfließen lassen. (Damit erscheint uns die Frage nach Verwendung konzentrierterer oder weniger konzentrierter Lösungen ziemlich gegenstandslos, da man ja durch das Tempo der Injektion den Verdünnungstiter im Blut genügend regulieren kann.) Trotz Beobachtung dieser Vorsicht sind wir aber doch auf Fälle gestoßen, die mit dem angioneurotischen Symptomenkomplex reagierten, und diese sind es, die uns dafür zu sprechen scheinen, daß die individuellen Verhältnisse die Hauptrolle spielen. Verträgt ein Kranker das Mittel — und weitaus die größte Zahl der Menschen scheint derart konstituiert zu sein —, dann bedarf es kaum jener penibeln Vorsichtsmaßregeln vor und nach der Injektion, wie sie von einigen gefordert werden (Verabreichung der Injektion im nüchternen Zustand, Bettruhe für den ganzen Tag). Wir haben das Silbersalvarsan auch häufig ambulatorisch verabreichen können.

Anders zu beurteilen sind jene Symptome, die im Verlaufe der Kur, bei Erreichung höherer Gesamtdosen hervortreten und die wir wohl im Gegensatz zu den früheren auf Kumulation beziehen müssen. Wir wollen hier einen Fall beibringen.

Digitized by Google

E. P., 18 Jahre alt, papulöses Exanthem, Serum-WR positiv. Nach der ersten Silbersalvarsaninjektion 0,10 Temperatur bis 39,9°, deutlicher Herxheimer. Nach 3,0 g Silbersalvarsan (17 Injektionen) wird die WR schwach. Nach der 16. Injektion Lumbalpunktion: WR negativ, mittelstarke Eiweißwerte, 10 Lymphozyten. Trotz leichter, nach den letzten Injektionen auftretenden Kopfschmerzen wird die Behandlung, zuletzt 0,25 alle fünf Tage, fortgesetzt. Unmittelbar nach der 19. Injektion (3,5 Silbersalvarsan) Erbrechen, Zyanose, heftige Dyspnoe, Ödem des Gesichts, Rötung des ganzen Körpers, universelle Urtikaria, starke Schwellung und Parästhesien der Zunge, intensive Kopfschmerzen. Auf Adrenalin 0,001 Abklingen der Urtikaria und geringe subjektive Erleichterung, erst nach Lumbalpunktion und Aderlaß hören die Kopfschmerzen auf und gehen die restlichen vasomotorischen Symptome zurück. Am nächsten Tage ein gleicher, aber viel schwächerer Anfall durch Adrenalin kupiert. Das Lumbalpunktat weist gegenüber der 11 Tage zurückliegenden, früheren Punktion geringere Eiweißwerte (+ : ++) aber stärkere Pleozytose (30 : 0) auf. Da eine vorübergehende Intoleranz gegen das Präparat als Ursache dieses bedrohlichen Zwischenfalles nicht sicher auszuschließen war, versuchten wir nach einer 11tägigen Pause vollständigen Wohlbefindens der Patientin, die Kur einschleichend wieder aufzunehmen, zumal die Serum-WR eben erst negativ geworden war. 0,05 Silbersalvarsan, nach drei Tagen 0,10, nach weiteren zwei Tagen 0,15 werden beschwerdelos vertragen. Die nach zwei Tagen gegebene Dosis von 0,20 wird mit Brechreiz, Schwindelgefühl, Fieber bis 37,9° beantwortet. Am Ende der Kur insgesamt 4,0 g Silbersalvarsan. Lumbalpunktat: Fast normale Eiweißwerte, keine Zellvermehrung, WR negativ.

Ein zweites Vorkommnis, das wir auf den Faktor der Kumulierung beziehen, ist das Auftreten der Erytheme. Wir haben bei unserem Material drei Fälle dieser Art beobachtet.

Patientin A. M., 13 Jahre, alte Lues. Serum und Liquor komplett positiv. Pupillenstarre. Im Anschluß an die 14. Injektion (2,45) klagt die Patientin über Kribbeln in Händen und Füßen. Trotz der sofortigen Herabsetzung der nächsten Dosis von 0,25 auf 0,12 hielt das Kribbeln mehrere Stunden nach dieser Injektion an. Nach vier Tagen Injektion von 0,15. Auftreten eines kleinurtikariellen Erythems an Brust und Armen. Sistierung der Kur. In den nächsten Tagen Ausbreitung des Erythems bis an die Hände und Füße, wo zuerst kleine, blasse Papeln und schließlich förmliche Ekzembläschen entstanden. Starker Juckreiz. Ekzematisation der ganzen Körperoberfläche, Schuppung. Erst jetzt Temperatur mäßig erhöht, leichtes Ödem an den Füßen, Albumen negativ. Nach 14tägigem Bestand wurde die Haut an den Fingern und Zehen handschuhfingerartig abgestoßen. Ein letzter Nachschub im Gesicht heilt verhältnismäßig rasch ab. Patientin ist während des dreiwöchigen Bestehens der Dermatose stark abgemagert. Liquor und Serum unverändert stark positiv.

Ein zweiter Fall erkrankte im Anschluß an eine vollendete Kur von 3,0 g Silbersalvarsan vier Tage nach der letzten Injektion. Das lichenoide Erythem blieb hier hauptsächlich auf die unteren Extremitäten beschränkt und führte dort zu einem langdauernden, durch Sekundärinfektion komplizierten Ekzem.

Eine dritte Patientin J. Sch., die 4 Monate früher 14 Coll. à 0,1 Substanz gegen ihre Gonorrhoe bekommen hatte, trat wegen eines makulösen Erstlingsexanthems in Silbersalvarsankur ein. Sie bekam 0,2 in zwei- bis dreitägigen Intervallen. 3 Tage nach der 7. Injektion lichenoides, juckendes Exanthem an den Unterschenkeln. Am selben Tage Serum-WR zum erstenmal negativ. Am nächsten Tage Konfluenz der Effloreszenzen, Ausbreiten auf die Arme ohne Fieber und Allgemeinstörungen. Am 3. Tage Temp. 38,2°, am 4. Tage urtikarielle, blasse, konfluierende Flecke am Stamm. Harn: ± Albumen. In den nächsten Tagen Entwicklung eines diffusen Erythems von urtikariellem Charakter. Albumen —. Vom 10. Tage beginnende Schuppung, Temperatur, die zwischen 39 und 40° geschwankt hatte, wieder normal.

In den ersten beiden Fällen kündete sich das Auftreten des Erythems durch ein Kribbelgefühl, insbesondere im Bereich der Extremitäten, an. Es erscheint leicht möglich, wie dies auch Dreyfuss andeutet, daß wir in diesem Symptom ein prämonitorisches Zeichen für das Auftreten solcher Komplikationen gegeben haben. Im ganzen erwecken diese Hauterscheinungen keinen bedrohlichen Eindruck; bei rechtzeitigem

Digitized by Google

Abbruch der Kur nehmen sie allem Anschein nach einen gutartigen Verlauf.

Damit wäre alles berichtet, was wir an Schädigungen und Zwischenfällen bei unseren das bisher übliche Dosierungsmaß oft überschreitenden Kuren beobachtet haben.

Wir versuchten auch Zyklen von Silbersalvarsan zu geben, und zwar an drei bis vier aufeinanderfolgenden Tagen 0,15, 0,20, 0,20 (0,20) mit anschließender einwöchiger Pause. Ob auf diese Weise bessere therapeutische Effekte zu erzielen sind, können wir bisher nicht sicher entscheiden, wenn es uns auch nicht unwahrscheinlich erscheint. Vertragen wurde auch diese Applikation ausgezeichnet.

Die meisten Silbersalvarsankuren wurden also glatt ohne Zwischenfälle zu Ende geführt, bei bestem subjektivem Wohlbefinden und meistens sichtlicher körperlicher Erholung der Patientinnen. Der Verzicht auf das Hg, der das Präparat vor allem bei unseren Patientinnen so beliebt machte, muß freilich erst durch die Erfahrung weiterer Jahre gerechtfertigt werden. Eine Unannehmlichkeit gegenüber den Neosalvarsankuren bedeutet allerdings beim Silbersalvarsan der Umstand, daß eine viel größere Injektionszahl notwendig ist, die einen entsprechenden Mehraufwand von Konzentration, Zeit und Mühe vom Arzt fordert. Unserer Meinung nach wird daher die Verabreichung des Silbersalvarsans hauptsächlich dem geübten Therapeuten vorbehalten sein.

Unter unseren Silbersalvarsanfällen sind der Zahl nach am schwächsten die Fälle mit Lues I vertreten. Wir haben 7 Sklerosen, von denen 4 während der ersten Kur (3,55 g Silbersalvarsan) negativ blieben, die andern nach 0,45 g Silbersalvarsan positiv wurden, nach 1,0 g wieder negativ und es dauernd blieben (3,10 g). Hierzu kommt noch ein Fall einer sklerosiformen Papel, der nach 2,05 g negativ wurde. Die Sklerosen heilten auf die ersten Dosen fast unter unseren Augen ab. Spirochäten waren 24 Stunden nach der ersten Injektion nicht zu finden. Dieses Überragen in symptomatischer Hinsicht weist wohl auf eine besondere Eignung des Präparates zu Abortivkuren hin. Die gleiche prompte Wirkung fanden wir gegenüber den Haut- und Schleimhauterscheinungen früh- und spätsekundärer Lues. Von der ersten Gruppe behandelten wir 11, von letzterer 12 Fälle. Nach fast nie zu vermissender starker Jarisch-Herxheimerscher Reaktion gehen auch diese Erscheinungen überraschend schnell zurück, auch hypertrophe und inveterierte Papelformen reagierten mit schneller Rückbildung. Die Beeinflussung der Serum-WR war weniger prompt. Das gleiche gilt von der Lues latens, wo die Reaktion natürlich entsprechend schwerer beeinflußbar ist.

Von den durchbehandelten Fällen lag bei 9 Fällen von frühsekundärer Lues die zur Erreichung einer negativen WR nötige Silbersalvarsanmenge zwischen 1,40 und 3,80 g, bei 7 Spätsekundärfällen zwischen 2,50 und 5,50 g, bei 10 Fällen von Frühlatenz (bis zu drei Jahren) zwischen 2,15 und 4,65 g, bei 6 Fällen von Spätlatenz zwischen 2,05 und 4,10 g, bei 1 Falle von Taboparalyse bei 1,4. In einem Falle von sklerosiformer Papel konnten wir auch mit 5,0 g Silbersalvarsan nicht die negative Phase erreichen. Den gleichen Mißerfolg hatten wir bei 13 Fällen von jüngerer und älterer Lues mit Dosen, die größtenteils

Digitized by Google

über 4,0 lagen. 7 Fälle (von den Sklerosen abgesehen) waren von vornherein seronegativ und wurden wegen des positiven Liquors behandelt.

Unter unseren teils abgebrochenen, teils notgedrungen mit Neosalvarsan fortgesetzten Kuren (19) befinden sich einige, die bis 1,0—1,90 g Silbersalvarsan erhalten hatten, ohne daß die Serum-WR eine Beeinflussung zeigte, darunter solche, wo noch recht bedeutende Neosalvarsanmengen nachgeschickt werden mußten, um sie seronegativ zu machen. Wieso unsere diesbezüglichen Beobachtungen denen anderer Berichte, beispielsweise der Publikation Galewskys, in der das besonders rasche Verschwinden der Serum-WR betont wird, so wesentlich widersprechen, ist uns nicht erklärlich. Wir betonen übrigens, daß wir bei dieser minder prompten Wirkung weniger die absolut nötige Menge im Auge haben als die Spanne zwischen der zum Verschwinden der Erscheinungen und der zum Verschwinden der Serum-WR durchnittlich nötigen Silbersalvarsanmenge im Verhältnis zur gleichen Spanne bei der kombinierten Neosalvarsan-Hg-Kur. Unter den WR-negativ gewordenen Fällen war die hierzu nötige Menge Silbersalvarsan durchschnittlich 2,72 g. Bei durchschnittlich 2,21 g begann die Reaktion sich zu rühren. Die entsprechenden Zahlen bei unter ein Jahr alter Lues waren 2,61 g und 2,34 g.

Freilich erscheint es uns nicht angängig, den therapeutischen Wert eines Mittels, in diesem Falle des Silbersalvarsans, nach der Beeinflußbarkeit der Serum-WR (selbst wenn wir von der Lues latens hier absehen) ohne weiteres zu beurteilen. Zum mindesten wissen wir, daß sich hieraus keine weitgehenden Schlüsse ziehen lassen. Wenn man an einer großen Reihe von Fällen zu dieser Frage Stellung nimmt, erfährt man immer wieder, daß es kaum zwei Fälle gibt, die sich, klinisch homolog, bezüglich der Beeinflußbarkeit der Serum-WR durch die Kur gleich verhalten. Die klinischen Erscheinungen heilen bei beiden Patienten parallel ab, die WR kann bei einem schon unter relativ geringen Behandlungsmaß negativ werden, beim anderen sehr resistent sein. Das sind ja eigentlich bekannte Tatsachen. Überzeugend würden die Dinge nur liegen, wenn gesetzmäßig bei allen gleichsinnigen Fällen eine Durchschnittsdosis die Seroreaktion zum Verschwinden brächte. Das trifft aber bei keinem Salvarsanpräparat zu, also auch nicht beim Silbersalvarsan.

Auf das Tempo, in dem die WR negativ wird, kommt es nun aber nicht so sehr an; das wichtigere Kriterium für die Wirksamkeit der Kur ist das Erhaltenbleiben der negativen Phase.

Wir konnten von 60 durchbehandelten Fällen 27, die seropositiv in die Silbersalvarsankur eingetreten waren, 2—8 Monate nach Ende der Kur nachkontrollieren. Negativ geblieben sind 13 Patientinnen, darunter ein echter Primärfall (3,55 g Silbersalvarsan, 5 Monate beobachtet). 4 während der Kur im Serum unbeeinflußt gebliebene (3 Fälle von älterer Latenz, einer mit sklerosiformer Papel) wurden 1—7 Monate nach Kurende seronegativ befunden und blieben es durch weitere 1—3 Monate mit einer später zu erwähnenden Ausnahme. Die Fälle hatten 2,5 g bis 5,0 g Silbersalvarsan erhalten, einer sogar zwei durch eine 12wöchige Pause getrennte Silbersalvarsankuren von insgesamt 6,8 g Silbersalvarsan. 4 Latenzfälle, darunter einer mit Alopecia specifica, also kaum über ein Jahr alt, waren noch 1—7 Monate nach Kurende (2,95—5,5 g) nicht negativ

Digitized by Google

geworden. 6 Fälle, die unter Silbersalvarsankuren von 3,25 g bis 4,1 g seronegativ geworden waren, rezidivierten nach 3—8 Monaten im Serum (1 Fall darunter bekam nach 8 Monaten Papeln ad genitale, 3,65 g Silbersalvarsan); hierzu kommt als 7. Fall der obenerwähnte mit sklerosiformer Papel, der erst 4 Monate nach Ende der Kur negativ geworden war und nach weiteren 3 Monaten mit positivem Serum und einer sklerosiformen Papel wieder in unsere Behandlung trat. Der Schnelligkeit der symptomatischen Wirkung geht also die Nachhaltigkeit des Effektes nicht parallel.

Wollen wir unsere Erfahrungen kurz zusammenfassen, so möchten wir zu folgendem Schluß kommen: Das Silbersalvarsan ist zweifellos ein wirksames Präparat. Haut-, Schleimhauterscheinungen aller Art werden im ganzen und großen prompt beeinflußt, die WR im Serum erfährt vielfach befriedigende Änderung. Das endgültige Syphilisheilmittel, das in allen Fällen zum Ziele führt, scheint es nun allerdings auch nicht zu sein. Vielleicht tragen aber weitere Erfahrungen mehr zur Klärung der Frage bei, inwieweit durch intensivere Verwendung des Mittels günstigere Dauererfolge als bisher zu erzielen sind. Unsere Erfahrungen klingen wohl im Gegensatz zu einigen anderen Beobachtern etwas pessimistisch. Wir meinen aber, daß in der Beobachtung große Vorsicht geboten erscheint.

Bemerkungen über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Konstantinopel[1]).

Von

Dr. Robert Abimélech,

Spezialarzt für Hautkrankheiten in Konstantinopel-Pera.

Der Dermatologischen Gesellschaft zu Konstantinopel wird ein Schreiben der Sanitätsdirektion zuteil, in welchem jeder Arzt um Bekanntgabe der Adressen der ihm bekannten Kurpfuscher gebeten wird. Der Zweck dieser Maßregel ist zweifellos eine Beschränkung in der Verbreitung der Geschlechtserkrankungen. Bei dieser Gelegenheit erlaube ich mir diesbezüglich einige Bemerkungen. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten besteht, wie bekannt, nicht ausschließlich in der Reglementierung und Kasernierung der Prostituierten. Übrigens die hier der Prostituierten gegenüber angewandte Kontrolle ist zu diesem Ziele ungenügend. Vor allem diejenigen Frauen, welche der obligatorischen Sanitätsuntersuchung unterstehen, bilden einen ganz bescheidenen Teil der Ansteckungsfaktoren. Die deutschen Statistiken stellen, was die in Bordellen ansässigen Frauen anbetrifft, fest, daß dieselben $^1/_{10}$—$^1/_8$ der gesamten Prostitution bilden. Die $^7/_8$ bzw. $^9/_{10}$ der ansteckenden Frauen sind in den Grisetten, Dienstmädchen, Verkäuferinnen, Artistinnen, Kellnerinnen und dergleichen zu suchen, abgesehen von durch Not oder Leidenschaft verdorbenen Frauen eines gewissen sozialen Standes. Ich hatte sogar Gelegenheit, einen durch eine Krankenpflegerin übertragenen Luesfall zu sehen. Gewiß ist der Krieg mit seinen zahlreichen Massenumzügen und der großen Teuerung der Verschlimmerung dieses Übelstandes nicht fremd.

Wenn man bedenkt, daß eine Dirne in einer verhältnismäßig kurzen Zeit der gonorrhoischen und im Verlaufe einiger Monate oder Jahre der syphilitischen Ansteckung ausgesetzt ist, so kann man sich leicht einen Begriff über die enorme Aus-

[1]) Vortrag gehalten in der Kais. Med. Gesellschaft, daselbst am 11. Jan. 1920.

Digitized by Google

dehnung des Ansteckungsherdes, für einen Hafen wie Cospoli, machen. Nicht nur die Anzahl, sondern besonders die Unkenntnis der Kranken bildet für uns das größte Unheil.

Ich habe von jeher bemerkt, daß, so oft von der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die Rede war, stets die Frau als Ziel angenommen wurde, obwohl auch der Mann teilweise — um nicht größtenteils zu sagen — die Verantwortung über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten trägt. Bewußt oder nicht stecken die Männer rechts und links an, ohne selbst jeglicher Visite, Reglementierung, Internierung oder Bestrafung zu unterstehen.

Der große Meister auf diesem Gebiete, Blaschko, behauptet mit Recht, daß man mit Gesetzen keine Hygiene durchführen könnte. Gesetze allein werden die Geschlechtskrankheiten nie ausrotten können. Von diesem Prinzipe ausgehend tritt Blaschko in eine neue Bahn. So spielt das Stadium, in welchem sich die Geschlechtskrankheit, bei jedem Individuum, befindet, in bezug auf die Verbreitung und Bekämpfung solcher Erkrankungen, eine höchst wichtige Rolle.

Was nun die Syphilis anbetrifft, hat Wassermann in seinem Referat bei der am 26.—27. März 1918 in Berlin stattgefundenen Kriegstagung deutscher Dermatologen diese Erkrankung in zwei deutliche biologische Phasen unterschieden. Die erste Phase oder Vor-Wassermann-Periode beginnt mit der Ansteckung und erstreckt sich bis auf die Verbreitung der Spirochäten in die verschiedenen Gewebe, wo sie Metastasen bilden. Hier setzt nun die zweite oder Nach-Wassermann-Periode ein. Die infizierten Gewebe reagieren durch Bildung spezifischer Produkte, welche ins Blut übergehen und dadurch die Positivität der Wassermannschen Reaktion herbeiführen.

So unterscheidet Wassermann die eigentliche konstitutionelle Syphilis von der Syphilisinfektion. Der syphilitische Schanker wäre demzufolge eine ausschließlich lokale und durch frühzeitig energische Behandlung vollständig zu heilende Erscheinung.

Es mangelt mir hier sowohl an Zeit wie an Raum, festzustellen, ob erstens die Initialsklerose eine ausschließlich lokale Infektion ist, oder ob die Spirochäten rasch in die Lymphbahnen übergehen; zweitens, ob auf die Wassermannsche Reaktion ein absoluter Verlaß besteht, um die Syphilis in zwei biologische Phasen zu unterscheiden.

Abgesehen von diesen Betrachtungen ist es meines Erachtens nach klar, daß eine medikamentöse Substanz im umgekehrten Verhältnis zu der Quantität und zu der Virulenz des Virus und in direktem Verhältnis zur Zugänglichkeit zu diesem wirkt. Eine frühzeitige Behandlung der Syphilis ist also nach diesem Gedankengange erforderlich. Ich selbst habe seit meiner 1914 erfolgten Niederlassung in Péra, also vor der Mitteilung Wassermanns, alle meine frischinfizierten Lueskranken nach vorheriger Dunkelfelduntersuchung abortiv behandelt. Alle sind bis heute von nachträglichen syphilitischen Erscheinungen bewahrt geblieben. Die Wassermannsche Reaktion war von jeher bei ihnen negativ.

Was nun die Gonorrhoe betrifft, so hatte ich seit 1914 Gelegenheit, nur 7 Fälle gleich bei Beginn zu behandeln, d. h. etwa 24 Stunden nach Erscheinung eines leichten Stechens in der Harnröhre. Der schleimig-eitrige Ausfluß enthielt intrazelluläre Gonokokken. 6 der obigen Fälle waren im Verlauf einer Woche vollständig geheilt. Die Abortivbehandlung gelang mir also in einem Prozentsatz von 85,71%. Die deutschen Statistiken weisen einen Prozentsatz von 65,75% auf.

Man sieht also, daß, wenn sich die Kranken bemühen möchten uns rechtzeitig zu konsultieren, die Gonorrhoe Chancen hätte, in einer Woche kuriert zu sein und die Syphilis in einigen Monaten, wogegen einige Tage bzw. einige Wochen Vernachlässigung seitens der Patienten dieselben zu unendlichen Leiden, ja sogar lebenslänglichen Gebrechen aussetzen. Solange nun die Krankheit andauert sind derartige Personen sowohl eine Infektionsquelle für deren Umgebung als auch ein Unheil für ihre Nachkommen und für die Gesellschaft im allgemeinen.

Wir müssen infolgedessen danach bestrebt sein, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln wie Konferenzen, Kinovorstellungen, Broschüren usw. das Volk aufzuklären. Es handelt sich also darum, zuerst die allgemeine Hygiene und dann die individuelle Prophylaxe gegen venerische Krankheiten zu erläutern. Während des Krieges waren die deutschen und österreichischen Soldaten mit sehr gutem Erfolg zu dieser Prophylaxe gezwungen. Es ist zu erwarten, daß diejenigen, welche sich davon überzeugt haben, die Prophylaxe mit um so mehr Interesse anwenden werden. Dadurch konnte ein guter Teil unserer Bevölkerung — besonders wenigstens was Gonorrhoe anbetrifft — vor Geschlechtskrankheiten bewahrt bleiben.

Digitized by Google

Die frühzeitige abortive Behandlung dieser Erkrankungen hätte den Vorzug, Ansteckungsmöglichkeiten in großem Maße zu beschränken, dadurch daß Infektionsfelder saniert würden.

Zu einer frühzeitig sorgfältigen Behandlung ist aber eine frühzeitige gute Diagnose nötig. Die moderne Diagnose der Geschlechtskrankheiten kann nur durch das Mikroskop gestellt werden. Ein unbedeutender, aber doch gonokokkenenthaltender Ausfluß kann nur durch das Mikroskop festgestellt werden. Eine gonorrhoische Infektion der paraurethralen Gänge könnte man nur durch mikroskopische Untersuchung bestimmen. Das Resultat des mikroskopischen Befundes ist es, welches den mit intensivem Ausfluß behafteten Urethritiskranken zur Ruhe bringen würde. Auch die Diagnose der beginnenden Initialsklerose ist im Gebiete der Laboratoriumsuntersuchungen. Denn der erst einige Tage alte syphilitische Schanker ist rein klinisch ein ganz unbedeutender Affekt. Er ist wie ein Herpesbläschen, ohne charakteristische Merkmale. Ohne Induration des Grundes, ohne Skleradenie usw. Unter diesen Umständen vermag das Auge des Klinikers nichts; das Mikroskop entscheidet.

Ich verlange nicht für jeden Arzt vollständige Laboratorien und Dunkelfeldapparate. Aber jeder, der sich mit der Therapie der Geschlechtskrankheiten beschäftigen will, müßte wenigstens gute Begriffe über deren moderne Diagnose und Behandlung haben. Die Behörden hätten das Recht, diese Kenntnisse zu fordern.

Man muß in der Lage sein, Gonokokken zu färben und Schaudinsche Spirochäten zu entdecken. Die Dunkelfeldmethode ist zweifellos die idealste, da wir dadurch die Spirochäten mit deren charakteristischen Bewegungen vor Augen haben. Doch ist auch die Dunkelfelduntersuchung nicht ganz ohne Schwierigkeiten. Es ist, um das günstigste Licht zu finden und besonders, um sich über die Art der Spirillose auszusprechen, große Erfahrung nötig. Mein Freund und Kollege Osman Scherefeddin hat uns letztens ein genaues Bild über die Schwierigkeiten der Entdeckung von Spirochäten bei bereits behandelten Ulzera geschildert. Er hat den Weg zur Forschung der regressiven Formen der Spirochaeta pallidae eingeleitet.

Nun, wenn es sich darum handelt, Spirillen in einem Schanker mit Gewißheit festzustellen, so ist das angewandte Mittel schließlich Nebensache. So z. B. wird die Burrische Methode mit Tusche, für diejenigen, die keinen Dunkelfeldapparat besitzen, zu diesem Zwecke vollständig genügen.

Es ist aber die große Frage die, daß Mikroskope auf hiesigem Platze so selten sind, daß es für viele Ärzte materiell unmöglich ist, sich hier eins zu verschaffen. Dieses ist aber kein Grund, um Diagnosen zu stellen ohne Beanspruchung Laboratoriumsuntersuchungen; und da müßte der Arzt wenigstens in der Lage sein, Krankheitsmaterial zu entnehmen und Präparate zur Untersuchung vorzubereiten. Die sich damit abgebenden Laboratorien müßten durch die zuständigen Behörden unterstützt sein, mit der Bedingung jedoch, daß sie rasch und billig arbeiten. Die Untersuchungen müßten jeder Tasche zugänglich sein, und der betreffende Arzt müßte das Resultat seines eingesandten Präparates am selben Tage kennen. Das bakteriologische Institut in Stambul macht unserer Stadt wirklich Ehre; konnte man nicht bei ihm Zuflucht suchen? Es wäre zu wünschen, daß auch Péra eine kleine Amtliche Stelle für mikroskopische Untersuchungen besäße.

Diejenigen Ärzte dagegen, die in der Technik der Mikroskopie sowie der Materialentnahme nicht bewandert sind, hätten diese Lücken auszufüllen. Die Technik der Entnahme zur Übersendung von Material ist von höchster Wichtigkeit. Von dieser Entnahme hängt das Resultat der Untersuchung ab. So z. B. muß der Schanker gut gereinigt, gedrückt und gesogen werden. Die Syphilisspirochäten befinden sich tief in den Geweben, wogegen der Eiter an der Oberfläche der Geschwüre im allgemeinen eine entwickelte bakterielle und spirilläre Flora enthält, also Spirillen, die mit den Schaudinschen Spirochäten nichts gemein haben.

In Anbetracht der großen Bedeutung dieser Einzelheiten haben wir im vorigen Jahre Bujes, Chukri Mehmed, Osman Cherefeddin und ich die Initiative ergriffen, einen freien Kursus über die Geschlechtskrankheiten einzuführen. Unser Versuch ist leider mißlungen, was die Teilnahmslosigkeit seitens unserer Kollegen nochmals beweist. In Deutschland gibt es momentan zahlreiche ähnliche Kurse, erstens, um die jungen, während des Krieges approbierten Ärzte, deren Kenntnisse nicht genügend sind, zu unterrichten, zweitens, um die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten dadurch zu beschränken.

Jeder durch obige Prinzipien behandelte Patient wird zwar nicht ohne weiteres

Digitized by Google

heilen. Bei verschiedenen — besonders Gonorrhoekranken — wird die Krankheit ihren Lauf fortsetzen, meistens bei solchen, die sich der Behandlung nicht strengstens unterstellen. Es gibt Kranke, die aus lauter Nachlässigkeit die Kur einfach unterbrechen. Gerade diese ambulanten venerischen Kranken sind mit ihrer Skrupellosigkeit viel gefährlicher als Typhus- oder Scharlachkranke, welche dadurch, daß sie bettlägerig, mehr oder weniger isoliert sind.

Ich frage mich, ob die Anzeigepflicht für derartige Leute nicht von Nutzen wäre. Eine Betrachtung jedoch gibt mir Bedenken, und zwar soll der Zweck der Anzeige der sein, das betreffende Individuum, Mann oder Frau, durch Überweisen an die Behörden zur weiteren Behandlung in eine bessere Bahn zu bringen; Übergabe an die Behörden zur weiteren Behandlung sage ich, muß aber mit Bedauern hinzufügen, daß dieselben nicht über Institute zur modernen Behandlung der ärmeren Schichten verfügen. Die Behandlung der Gonorrhoe mit Urotropin und die der Lues mit Hg-Pillen gehören bereits in die Vergangenheit, und wenn solche Behandlungen trotzdem in hiesigem Institute angewandt werden, so können sie zu nichts anderem nützen, als den Kranken zu hintergehen.

Wenn man danach bestrebt ist, den Geschlechtskrankheiten entgegenzutreten, so muß man den armen Kranken nach Möglichkeit eine radikale Heilung zu sichern trachten. Solange wir nicht imstande sind, zahlreiche und gut ausgerüstete Polikliniken zu gründen und arme Kranke und Prostituierte in Krankenhäusern, welche diesen Namen verdienen, aufzunehmen, werden wir der Tendenz der Kranken, zu den Kurpfuschern zu strömen, nie ein Ende bereiten können.

Die Kurpfuscher bestehen hier meistens aus Apothekern, Apothekerlehrlingen, Barbieren, Cafetiers, Dienern in den türkischen Badeanstalten und dergleichen mehr, sowie aus Professionisten. Es wurde mir sogar von einer Frau gesprochen. Es scheint eine ganze Menge von richtig etablierten Kurpfuschern zu geben, die sich sogar bei ihrer dankbaren Kundschaft eines guten Rufes erfreuen.

Es ist im Interesse unserer Bevölkerung und der allgemeinen Gesundheit dringend geboten, der Aktivität derartiger Individuen durch die Behörden ein Ende zu machen. Allein wird die Gewalt jedoch nicht helfen; weil die Armen eine fast unentgeltliche Behandlung beanspruchen. Ich muß zu meinem Leidwesen gestehen, daß die große Reklame, welche verschiedene unserer Kollegen vornehmen lassen, zur Kurpfuscherei neigt und sehr oft ins Lächerliche verfällt. Z. B.: Plakate, Lichtreklamen, Verteilung von Flugschriften in den Straßen und Gasthäusern, unglaubliche Benennung von Kliniken usw. Ich unterbreite Ihnen gegenwärtige Flugschrift, welche mir am Tunneleingang in Galata ausgehändigt wurde. Es wäre wenigstens zu wünschen, daß diese Großreklame im Verhältnis zu den Kenntnissen auf dem Gebiete der Venerologie und der Ausrüstung dieser Ärzte stünde.

Die Folgerung meines Vortrages ist, daß die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten nur das Resultat verschiedener Faktoren, deren wichtigsten folgende sind: tiefe Kulturstufe und mangelhafte Bildung unserer Bevölkerung, vollständiger Mangel an Hygienekenntnissen, Mangel an Regierungs- oder philantropischen Instituten zur modernen Behandlung der ärmeren Geschlechtskranken, das Unheil der Kurpfuscher und leider das unkorrekte Benehmen einer Anzahl unserer Kollegen. In Anbetracht des Zusammenwirkens der ebenerwähnten Gründe will ich die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in unserer Stadt als sehr schwer betrachten, um nicht aussichtslos zu sagen.

Fachzeitschriften.

Acta dermato-venerologica.

Redigiert von J. Almquist-Stockholm, unter Mithilfe von Mendes da Costa-Amsterdam und E. Bruusgaard-Kristiania.

1920, Bd. 1, Nr. 1.

Über kongenitale Syphilis in der zweiten Generation (Sur la Syphilis congénitale de la seconde Génération), von E. Bruusgaard-Kristiania. Verf. gibt die Krankengeschichte eines 8jähr. Knaben mit den Merkzeichen der hereditären Syphilis, dessen Mutter und Großmutter an Syphilismanifestationen erkrankt waren. Die WR war in

Digitized by Google

allen drei Fällen stark positiv. Ähnliche Fälle hat Böck 1904 in der B. kl. W. veröffentlicht.

Anatomisch-experimentelle Studie über die Aleppobeule (Etude anato-expérimentale sur le bouton d'Alep), von Kyrne und Reenstierna-Stockholm. Verff. kommen zu folgenden Schlüssen: In den vollständig entwickelten Fällen beim Menschen, insbesondere solchen, welche sich der Heilung nahe befinden, ist der Befund an Leishmannia entweder vollständig negativ oder sehr spärlich. Noch am ehesten findet man den Parasiten im Beginn des Leidens. Alsdann entspricht die Struktur des Gewebes dem Zustand einer gewöhnlichen Entzündung. Danach nimmt es einen lupoiden Charakter an. Dabei verhält sich die Zahl der Parasiten entsprechend dem Alter des untersuchten Falles. Das Virus läßt sich gut überimpfen auf den Hund und den Affen und in begrenztem Maße weiter verimpfen auf diese Tierspezies, indem die Virulenz zunimmt. Die histologischen Veränderungen entsprechen dabei vollkommen denen beim Menschen. Bei den Menschen, welche die Krankheit einmal überstanden haben, scheint eine Hypersensibilität für dieselbe einzutreten. Hierzu geben die Verf. prachtvolle Zeichnungen und ein sehr vollkommenes Literaturverzeichnis.

Linesre Pigmentation bei einem Neger mit Ichthyosis (Linear Pigmentations in an ichthyotic negro), von Mendes da Costa-Amsterdam. Die Pigmentierung betraf diejenigen Stellen, an denen die Sonnenstrahlen die Haut durchdringen konnten, also die Falten zwischen den ichthyotischen Partien.

Das neue schwedische Gesetz über die venerischen Krankheiten (La nouvelle loi suédoise sur les maladies vénériennes), von Karl Markus-Stockholm. Das wesentlich Neue an diesem Gesetz ist, daß eigentlich jeder Geschlechtskranke das Recht auf unentgeltliche Behandlung hat, daß er aber auch die Pflicht zur Behandlung hat, und daß der ihn behandelnde Arzt den Fall melden muß an den sog. Sanitätsinspektor und besonders wenn der Patient ausbleibt. Im übrigen hat das Gesetz große Ähnlichkeit mit dem unseren vom Dezember 1918.

Menstruationsherpes (Herpes menstrualis), von Rinsemann-Amsterdam. Verf. bringt die Erscheinung mit Vorgängen am Corpus luteum in Verbindung und empfiehlt als erfolgreichste Therapie das Röntgenverfahren.

Die fortlaufende anstatt der intermittierenden Behandlung der Syphilis (The Continuous Treatment of Syphilis instead of Chronic Intermittent Treatment), von Johan Almkvist-Stockholm. Ihre Prinzipien sind folgende: Die Behandlung wird schon angefangen, wenn die WR negativ ist. Sie besteht in der wechselnden Anwendung von Schmierkuren oder muskulären Injektionen von Salizylquecksilber und dann von Salvarsan. Hierzu empfiehlt er das Silbersalvarsan. Die Behandlung ist energischer, garantiert Dauerresultate und soll deshalb bis auf $8^1/_2$ Monate ausgedehnt werden. Selbstverständlich läßt sie sich im Hospital besser durchführen als in der Privatpraxis. Verf. hat sie besonders durchgeführt bei Schwangeren. Sein Freund Gösta Ahman-Gotenburg hat im selben Sinne das Verfahren angewendet in dem Welanderheim in Gotenburg und beschreibt es in der folgenden Arbeit.

Einige Gesichtspunkte zur Behandlung der kongenitalen Syphilis (Some Views on the Treatment of Syphilis Congenita), von Gösta Ahmann-Gotenburg. In diesem speziell für syphilitische Säuglinge geschaffenen Asyl werden die Pfleglinge wie gesagt nach diesem Prinzip während eines Jahres behandelt. Dabei wird dem Salvarsansulfoxylat von Kolle für die glutäale Injektion durchweg der Vorzug gegeben, weil es für diese Zwecke das reizloseste Salvarsanpräparat ist.

Untersuchungen über das sogenannte Streichholzschachtelekzem (Investigations on the so-called „Match Eczema" and its causes), von James Strandberg-Stockholm. Verf. fand dieses sehr entzündliche Ekzem hauptsächlich am Oberschenkel oder am Gesäß, je nachdem die Streichholzschachtel in der Hosentasche oder Rockschoßtasche getragen wurde. Er führt es zurück auf ein Phosphorersatzpräparat, welches mangels Einfuhr des sonst gebräuchlichen Phosphors aus England während des Weltkrieges in Schweden hergestellt wurde. Seitdem dieses Ersatzpräparat nicht mehr in Gebrauch ist, ist das Ekzem auch verschwunden.

Ein Fall von allgemeiner, wahrscheinlich ererbter Infektion des Blutes mit dem Gonokokkus (Un cas d'infection générale gonorrhéique, vraisemblement congénitale), von Nordström und Wassén aus der Klinik Almkvist-Stockholm. Da in dem Fall keine Schleimhautblennorrhoe vorlag, so nimmt Verf. wie Deutschmann im Jahre 1891 an, daß die Infektion des Blutes durch die Plazenta erfolgt ist. Denn nach Kolle und Wassermann können ja Bakterien die Plazenta passieren, ebenso wie dies Fränkel

Digitized by Google

schon angenommen hat für den Pneumokokkus und das Bacterium coli. Ähnliche Fälle hat in Deutschland FINKELSTEIN in seinem Lehrbuch der Säuglingskrankheiten beschrieben. Die Behandlung in dem vorliegenden Falle war eine wenig aktive, doch wurde mit Kataplasmen und zum Teil mit venösen Injektionen von Kollargol Heilung erzielt. Eine Vakzine wurde nicht verwandt.

Behandlung blennorrhoischer Komplikationen mit Antigonokokkenserum und temperatursteigernden Mitteln im Verein, von REENSTIERNA-Stockholm. Die Arbeit ist deutsch geschrieben. Verf. bezieht sich auf seine schon im Jahre 1914 gemachten Experimente mit einem Gonokokkenserum, welches er damals von Ziegen mit lebenden Gonokokkenkulturen gewonnen hatte. Er hatte die ersten 120 Fälle schon 1916 in der Festschrift für Prof. FINGER-Wien zu seinem 60. Geburtstag veröffentlicht. Im Arch. f. Derm., Bd. 123, H. 4, S. 774.) Diesmal hatte er dem Serum zur Steigerung der Temperatur noch abgetötete Typhuskulturen beigefügt. Er arbeitete also nach dem Doppelprinzip „Antikörper-Fieberwirkung" und gibt an, daß die früher gewonnenen Resultate, die sich meist auf Komplikationen der Blennorrhoe bezogen, diesmal an Sicherheit und Schnelligkeit weit übertroffen wurden.

Ein Serum gegen weichen Schanker, besonders gegen Bubonen (A serum against soft chancre, especially its buboes), von REENSTIERNA-Stockholm. Verf. erhielt aus dem Streptobacillus Ducrey Krefting Unna ein Serum, dem er durch Steigerung der Temperatur wiederum Typhusbazillen hinzufügte. Er gibt an, daß er damit auf den weichen Schanker und Bubonen einen sichtlichen Erfolg erzielte, welcher sich am Tage nach der ersten Injektion geltend machte, im ganzen erzielte er in Fällen, welche sonst mindestens — die Inzision inbegriffen — einen Monat erfordert hätten, schon in einer Woche Heilung. Wolff-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitisarten.

Über Nirvanolvergiftung, von CHARLOTTE JACOB-Königsberg. (D. m. W., 1919, Nr. 48.) Verfasser hat bei einzelnen Patienten nach mehrtägiger Nirvanolmedikation unter Fieber bis zu 40° Exantheme auftreten sehen von sehr variierender Lokalisation. Ausdehnung und Aussehen. Die Vergiftungserscheinungen durch Nirvanol waren bisweilen ernst, aber nicht lebensbedrohend. Eine bestimmte Prädisposition war nicht herauszufinden. Es ist also von längerem Gebrauch von Nirvanol abzuraten, besonders da es den anderen Schlafmitteln nicht überlegen ist. de Lemos-Hamburg.

Über Erfahrungen mit Nirvanol, von J. KATZENSTEIN-Nikolassee-Berlin. (M. Kl., 1920, Nr. 6.) Als Begleiterscheinung bei Verabreichung des sonst (in Dosen von 0,8 bis 1,3 pro die) bei Erregungszuständen sich gut bewährenden Mittels hat K. gelegentlich auch die Entwicklung von Hautläsion beobachtet. Bei dem einen Patienten wurde Rötung an den Lippen nebst sehr unangenehmem Spannungsgefühl bemerkt; bei einem anderen trat jedesmal auf das Medikament (0,5) zwei bis drei Stunden später ein Exanthem mit Rötung und Schwellung um die Augen und an den Lippen und großen, etwas erhabenen rötlichen Plaques am Rumpfe und den Extremitäten hervor und blieb zwei bis drei Tage bestehen. Zusatz von Kalzium zu den Tabletten (nach dem Vorschlag von CURSCHMANN) verhinderte nicht das Auftreten des Exanthems.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nebenwirkungen des Nirvanols, von ROSENTHAL-Darmstadt. (D. m. W., 1920. Nr. 5.) Nach 0,5 g Nirvanol an 3 Abenden hintereinander trat unter hohem Fieber ein großfleckiges, stark juckendes, allgemeines Exanthem auf, das 2 Tage anhielt. Nach 5 Tagen zeigte sich eine Furunkulose. Das Exanthem wurde zweifellos wohl durch das Nirvanol hervorgerufen, die Furunkulose vielleicht durch Kratzen infolge des Juckens.

de Lemos-Hamburg.

Toxikologische Erfahrungen über Mittel, welche von Soldaten zur Erregung von Krankheiten verwendet worden sind (Selbstbeschädigungsmittel), von ERNST PICK und RICHARD WASIKY-Wien. (M. Kl., 1919, Nr. 1.) Eine sehr ausführliche Arbeit, die als eine Art Epikrise für den psychologischen Zustand der Soldaten — und zwar wohl aller in den Krieg verwickelten Völker — aufgefaßt werden kann.

O. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Über einige Typen von im Lagerleben beobachteten Simulationen von Hautkrankheiten (Su alinni tipi di dermatosi simulate castrensi), von P. Guizzetti. (Riforma med., 1918, Nr. 47.) Die Arbeit bringt wertvolles Material über den Gegenstand. Differentialdiagnostisch geht sie bis in die feinsten Einzelheiten. Der italienische Kollege bringt eine Musterkarte neuer Fälschungsproben, zu deren Erkennung er erprobte Hinweise gibt. Wolff-Wiesbaden.

Gewerbliche Teer-Melanodermie, von A. Arnstein. (W. m. W., 1919, Nr. 47.) In der Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien berichtet der Verfasser über Arbeiterinnen, die durch ihr Hantieren mit dampfenden heißem Teer infolge Einatmen von Teerdämpfen eine Dunkelfärbung ihrer Haut bekommen. Die Fälle erinnern an die auf alimentäre Schädigung verursachten Kriegsmelanosen. Die entblößten Körperteile sind intensiv braun verfärbt, hier und da sind auch die Hautgefäße etwas erweitert, so daß ein braunroter Farbenton entsteht. Die Verfärbung geht am Halse und an den Oberarmen allmählich in die normale Hautfarbe über. Die Haut des übrigen Körpers sowie die Schleimhäute sind frei. Im Blute besteht eine deutliche Eosinophilie (6—8%). Daß die Erkrankung tatsächlich Teermelanodermien sind, geht daraus hervor, daß die übrigen Familienmitglieder keine abnorme Pigmentierung zeigen, und daß der Beginn der Erkrankung mit dem Eintritt in die erwähnte Beschäftigung beginnt. H. Vörner-Leipzig.

Polyneuritis arsenicalis beim Kinde, von F. K. Lapke. (Diss., Jena 1918.) Fall bei einem 9jährigen Knaben von 22 kg Gewicht. Derselbe hatte mit zwei Monaten Sol. Kal. arsenicos. 3mal tägl. 3 Tropfen, jeden 3. Tag um einen Tropfen steigend bis 15 Tropfen, erhalten. Nachdem er 10 Tage die Höchstdosis erhalten hatte, war er wieder in gleicher Weise bis auf 3mal tägl. 10 Tropfen angelangt. Das linke Bein wurde im Verlauf der Beobachtung stärker befallen als das rechte. Die Lähmung war eine schlaffe und amyotrophische. Die Sensibilitätsstörungen waren gering. Früh trat eine Arsenmelanose auf, die verhältnismäßig schnell zurückging. F. Weiler-Leipzig.

Gewerbehygienische Studien. II. Über Ölschäden in Gewerbebetrieben, von Weichardt u. Apitzsch. (Zschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh., Bd. 28.) Die mit sogen. Reinigungspulvern gereinigten Bohröle brachten die erhoffte hygienische Verbesserung keineswegs, so daß es schon besser ist, wenn die verwendeten Schmieröle von vornherein die Haut nicht reizen. — Über die Beeinflussung der Anilinvergiftungen: Die Verff. kommen zu folgenden Schlüssen: 1. Durch Aldehyde, wie Formaldehyd und Traubenzucker, konnten perkutane Anilinvergiftungen günstig beeinflußt werden (Bildung ungiftiger Schiffscher Basen). 2. Die Vergiftungen wurden selbst unter ungünstigen Bedingungen durch vorherige oder kurz nachher erfolgte Anwendung des Aldehyds ganz aufgehoben, bei späterer Anwendung erheblich gemildert. Sie möchten daher empfehlen, aus ihren Versuchen die praktische Anwendung zu ziehen, und in den betreffenden Betrieben Formalin oder Formalinseife bereitzuhalten. Wolff-Wiesbaden.

Die Hautkrankheiten nach Ersatzschmierölen und Ersatzvaseline, von Gustav Goldschmidt. (Diss., Kiel 1919.) Die nach dem Gebrauch der Ersatzschmieröle entstehenden Dermatosen lassen sich in drei Gruppen einteilen. 1. Gruppe: Schon nach kurzer Beschäftigung mit den Schmierölen tritt an Händen, Unterarmen, dann auch im Gesicht unter besonderer Beteiligung der Augenlider, ein blaßrotes, dann hochrotes Erythem auf; es kommt zur Bläschenbildung, zum Nässen, kurz es entsteht eine akute Dermatitis. Besonders bemerkenswert ist die ganz außerordentlich gesteigerte Empfindlichkeit der Patienten gegen das Schmieröl, die so groß ist, wie man sie wohl keinem anderen chemischen Präparat gegenüber sieht. 2. Gruppe: Nach längerer Beschäftigung mit Schmieröl treten an den Fingerrücken, Handrücken, dann Unterarmen, später auch Oberarmen kleinste, punktförmige Knötchen auf. Diese Knötchen werden stecknadelkopfgroß und wachsen ziemlich bis Erbsengröße heran. Keine akuten Erscheinungen. Bei weiterer Einwirkung des Schmieröles gehen die Knötchen vereinzelt wohl in Pusteln über. Bei behaarten Arbeitern wachsen die Knötchen schneller und es bilden sich auch häufiger Pusteln aus. Allmählich treten auch im Gesicht, an den Oberschenkeln, an den Unterschenkeln, später auch am Hoden, am Penis, bisweilen an den Hüften dieselben Knötchen auf. Langsam stellt sich auch eine dunklere Verfärbung der Haut ein. Die Beschwerden sind gering, erst bei dauernder Einwirkung des Öles stellt sich Jucken und Brennen ein. Dieses Krankheitsbild ist das bei weitem häufigste. 3. Gruppe: Bei diesen fehlen sowohl die akuten Entzündungserscheinungen als auch die Follikulitiden. Es liegt bei ihnen eine eigentümliche bronzefarbene Verfärbung der Haut vor, welche das ganze Gesicht, vor allem die Gegend der Nase, die Ohren bis zum Hals hinunter

Digitized by Google

befällt. Der Farbenton schwankt zwischen bronze und tiefdunkel. Bei einzelnen Patienten ist die Haut ganz diffus verfärbt, bei anderen hat sie ein chagrinartiges Aussehen und erinnert wohl etwas an eine Röntgenverbrennung ohne deren punktförmige Gefäßerweiterung. Dieses Krankheitsbild entwickelt sich ebenfalls sehr langsam. Offenbar ist der Farbenton abhängig von dem Alter der Erkrankung. Schon frühzeitig stellt sich eine Verdickung der Haut ein, welche bei älteren Fällen einen lichenoiden Charakter annimmt. In keinem Fall wurde Atrophie der Haut beobachtet. Die Dermatosen nach Kriegsvaseline sind seltener. Nach kürzerem oder längerem Gebrauch von der Vaseline kommt es an Gesicht und Unterarmen zu Rötung und Schwellung der Haut, aus der sich langsam kleine, papulöse, sehr dicht stehende, zum Teil konfluierende Effloreszenzen herausbilden. Die Haut nimmt dabei einen gelblichbraunen Farbenton an. An den unteren Extremitäten und am Skrotum bestehen die Effloreszenzen aus derberen, leicht geröteten, hornperlenbedeckten Follikulitiden. Es besteht mehr oder minder heftiges Jucken. Bei längerer Anwendung der Vaseline kommt es zu einer Schwellung der Haut und zu ganz akuten Dermatitiden. F. Weiler-Leipzig.

Über die bei Arbeitern chemischer Betriebe beobachteten Geschwülste des Harnapparates und deren Beziehungen zur allgemeinen Geschwulstpathogenese, von Rud. Oppenheimer-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1920, Nr. 1.) Da die bekannte geschwulstbildende Wirkung gewisser in Fabriken vorkommender Stoffe, speziell des Benzidins und Anilins, nur in den Harnwegen, insbesondere der Blase, sich geltend macht, ist eine eigene biologische Affinität des Epithels der Harnwege zu diesen Stoffen anzunehmen. Die Geschwülste treten auch bei entfernter tätigen Personen, Kanzleibeamten z. B., auf, vielleicht sogar bei der umwohnenden Bevölkerung. Die Schädigung kann verschieden lang (2—21 Jahre) eingewirkt haben. Immer ist eine Reihe von Jahren von der auslösenden Schädigung bis zum Auftreten der Geschwulst zu beobachten ($9^1/_2$—28 Jahre, i. M. 18). Bei Berufswechsel wurde die Geschwulstbildung 10—17 Jahre später beobachtet. Die letztere geht also auch nach Aufhören der schädigenden Einwirkung weiter. In dem jahrelangen Latenzstadium werden weder allgemeine noch örtliche Erscheinungen beobachtet. Geschwülste von gleicher Art können durch verschiedenartige Stoffe erzeugt werden, Geschwülste verschiedener Art von der gleichen Substanz. Das Latenzstadium wird nicht von der Dauer und Kraftgröße des schädigenden Stoffes beeinflußt. Ebenso läßt sich kein Einfluß auf die Art der Geschwulst (gutartige oder bösartige) feststellen. Die Prognose bleibt für die auf chemischem Weg entstandenen Krebse ungünstig, für die Zottengeschwülste zweifelhaft. v. Notthafft-München.

Maniküreinfektionen, von Herbert Körbel-Wien. (W. kl. W., 1920, Nr. 6.) Verf. hat 32 Fälle von Infektionen der Hände, leichtere und schwere Panaritien, Phlegmonen und Thrombophlebitiden, gesehen. Da hier und auf den Instrumenten und in den Salben der Maniküre Streptokokken gefunden wurden, bringt er die Nagelbehandlung bzw. die Nagelwallmißhandlung durch diese, und obige Leiden in Zusammenhang. v. Notthafft-München.

Über ein Gewerbeekzem durch Gebrauch von Kalkstickstoffdünger, von Memmesheimer. (Diss., Bonn 1920.) Durch Streuen von Kalkstickstoffdünger kann bei Landwirten eine Hautentzündung entstehen. Er besteht aus Kalziumzyanamid, Ätzkalk und Kohlenstoff. Die Schädigung entsteht durch Wirkung von naszierendem Ammoniak und fein verteiltem Ätzkalk, zeigt sich besonders an den unbedeckten Körperteilen in Form eines akuten und subakuten Ekzems, bei starker Einwirkung auch in Verätzungen mit Nekrose und tiefen Ulzerationen. Eine gewisse Disposition scheint vorzuliegen, bei manchen tritt auch Abhärtung ein. Bei Verätzungen ergab Behandlung mit 10%iger Protargolsalbe gute Erfolge. Die Verkaufsvereinigung für Stickstoffdünger G. m. b. H. hat ein Merkblatt verfaßt, das die Schutzmaßregeln beim Ausstreuen enthält: u. a. Einreibung der unbedeckten Körperteile, besonders der Hände, mit Öl oder Vaseline, Tragen von Streuanzügen, Vermeidung von Nässe und Berücksichtigung der Windrichtung beim Streuen und größte Reinlichkeit nach dieser Arbeit. W. Haas-Hamburg.

Bemerkungen über eine durch Schweinslederersatz hervorgerufene Dermatitis, von Bettmann-Heidelberg. (M. m. W., Nr. 10, S. 291.) v. Notthafft-München.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Vergleichende histologische Untersuchungen über die Wirkungen von Strahlen und radioaktiven Substanzen (Thorium X-, Röntgenstrahlen, Radium- und Quarzlicht) mit besonderer Berücksichtigung der ultravioletten Strahlen,

Digitized by Google

von Marg. Levy. (Zschr. f. kl. M., Bd. 89, H. 1 u. 2.) Mit radioaktiven Substanzen oder Röntgenstrahlen und mit ultraviolettem Licht bestrahlte Tiere zeigen, obwohl eine Tiefenwirkung der letzteren Strahlen auf Grund experimenteller Untersuchungen geleugnet wird, doch gewisse Übereinstimmungen der histologischen Veränderungen, wie sie die ersteren hervorrufen: 1. Starke Hyperämie der Lungen. 2. Starke Hyperämie der Leber. 3. Veränderungen der Milzpulpa, bestehend entweder in einer enormen Hyperämie oder in Rarefikation mit reichlichem Untergang von Erythrozyten und Bindegewebsneubildung. Die vorübergehende Leukozytenvermehrung nach Bestrahlung mit ultraviolettem Licht kann auf Grund bisheriger Untersuchungen nicht als Reizung der Blutbildungsstätten gedeutet werden. W. Haas-Hamburg.

Hyperplastische und hypersekretorische Zustände der Haut. Röntgenbehandlung, von G. Holzknecht-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 48.) Hypertrichosis stellt beim weiblichen Geschlecht namentlich in ihren ausgesprocheneren Formen durchaus keine ganz gleichgültige Erscheinung dar. Für viele Individuen (Verkäuferinnen, Lehrerinnen usw.) bildet sie ein schweres soziales Schädigungsmoment, und für andere bedingt sie durchaus nicht selten eine ernstere psychische Schädigung, Störung der Autoerotik und des öfteren auch Störung der Heiratsfähigkeit. Die psychische Depression kann sogar zum Selbstmord führen. Es sind je nach dem Lebensalter der Betroffenen drei Typen zu unterscheiden: 1. Die infantile, Wollhaar führende Form, welche zwar bis über die Pubertät hinaus bestehen bleiben kann, aber schließlich spontan verschwindet. 2. Die Pubertätshypertrichose, die langsam durch Jahrzehnte hindurch zunimmt. 3. Die klimakterische, oft eruptiv ohne die vorherige auftretende Form. Beide lassen sich durch Röntgenbehandlung erfolgreich behandeln. Genaue Befolgung der Technik ist aber Bedingung. Bei der Einteilung des zu behandelnden Gebietes nach Feldern ist besonders darauf zu achten, ob eine ebene oder eine konvexe oder eine konkave Fläche vorliegt. Jedes Stück erhält eine Volldosis; mit zweiwöchigen Pausen werden alle Felder einige (3—8) Male bestrahlt. Es muß darauf Bedacht genommen werden, eine Schädigung der Speicheldrüsen zu vermeiden; es empfiehlt sich deshalb auch nicht, beide Gesichtshälften in ein und derselben Sitzung vorzunehmen. In einigen Beispielen schildert Verf. die zu erzielenden Resultate. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Röntgenbehandlung des Frauenbartes, von Fritz M. Meyer-Berlin. (D. m. W., 1920, Nr. 11.) Zur Dauerepilierung des Frauenbartes benutzt Verf. nur harte Röntgenstrahlen, wegen der größeren Durchdringungskraft, der stärkeren biologischen Wirkung und der größeren Ungefährlichkeit der Reaktionen. — Wange, Kinn und Lippen werden in sechs Felder eingeteilt. Auf jedes Feld werden in der einzelnen Sitzung drei Volldosen einer zwölf Wehnelt harten, durch 4 mm Aluminium filtrierten Strahlung appliziert. Die einzelne Sitzung wird zuerst nach sechs, dann nach acht Wochen wiederholt bei peinlich genauer Abdeckung. Die Schleimhäute und Zähne werden durch Bleigummi, der mit Seidenpapier umwickelt wird, geschützt. Um eine Dauerepilation zu erreichen, muß jeder Herd mindestens drei Bestrahlungen erhalten. Der nach zwei Wochen einsetzende Ausfall ist wohl vollständig, aber nicht dauernd. Während der Behandlung darf keinerlei Hautreiz (Rasieren, Epilieren, Seifen) ausgeübt werden. Die Schädigungen (Rötung, Pigmentierung, Trockenheit im Munde, Blässe) waren selten und schnell vorübergehend. Die Methode ist langwierig, aber sicher.
de Lemos-Hamburg.

Die Dosierung mit dem Fürstenauschen Intensimeter. Nebst Beiträgen zur Kenntnis der Konstanz der Röntgenröhren, von H. Th. Schrenz. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1919, Bd. 27, H. 1.) Von drei geprüften Selenzellen fanden sich mindestens zwei, selbst für kurze Zeiträume, nicht konstant, und zwar ist ihre Ermüdung, abgesehen von der von R. Meyer gefundenen Gesetzmäßigkeit, von der Intensität der Strahlung abhängig. Da die Konstanz der Röhren einerseits von der Temperatur abhängig ist, andererseits unabhängig von ihr die Zusammensetzung der Strahlen ohne Regelmäßigkeit wechselt, ist die Dosierung mit dem Intensimeter mit großen Fehlern behaftet, die leicht zu großen Schädigungen führen können. E. Levin-Berlin.

Das Quarzlicht im Dienste der Ohrenheilkunde, von A. J. Cemach-Wien. (Klin. ther. Wschr., 26. Jg., Nr. 45/46.) Auf Grund seiner dreijährigen Erfahrungen empfiehlt der Verf. die Anwendung der Quarzlampe bzw. des Polluxlichtes: das Licht wirkt schmerzstillend, entzündungshemmend, und die Resorption bzw. Einschmelzung fördernd. Seinen guten Resultaten entsprechend in der Behandlung allerlei Ohrenerkrankungen — äußeren wie inneren — hält er diese Heilmethode auf otiatrischem Gebiete für unentbehrlich. Es kamen zur Behandlung: Skrofulose, Ekzeme, Perichon-

Digitized by Google

dritis, Otitis externa, traumatische Läsionen der Ohrmuschel, Hauttuberkulose der Ohrläppchen, chronische ulzeröse Myringitis, akute Mittelohrentzündung, akuter exsudativer Mittelohrkatarrh, Mastoiditis, chronische Mittelohreiterung und Adhäsivprozesse.

W. Chrzelitzer-Posen.

Therapeutische Erfahrungen mit der Quecksilber-Quarzlampe bei Kindern, von R. Hamburger-Berlin. (D. m. W., 1920, Nr. 6.) In der Kinderheilkunde ist diese Bestrahlung eine die natürliche Heilung stark unterstützende Therapie für gewisse Tuberkuloseformen. Sie ist in sonnenarmen Zeiten und Gegenden ein brauchbarer Ersatz für die natürliche Sonnenbestrahlung. Für eine Reihe parasitärer und anderer Dermatosen auf neuropathischer Grundlage scheint sie bedingt brauchbar, als Suggestivtherapie ist sie gut verwendbar, z. B. bei Enuresis nocturna. de Lemos-Hamburg.

Die Strahlenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose, von Josef Kopp-Wien. (W. m. W., 1920, Nr. 3.) Die Behandlung wurde größtenteils mit einem Idealapparat der Veifawerke, dazu seit beinahe zwei Jahren mit Colidgeröhren, seltener mit einem Helm-Reformapparat und Bauerröhren ausgeführt. Die Strahlen wurden durch ein (2—8 mm) Aluminiumblech gefiltert. Die ursprüngliche Halbwertschicht (Christen) der ungefilterten Strahlen der Colidgeröhren war für die Lymphome 1,2, nach Filterung 1,8 bzw. 2,1 cm. Pro Sitzung wurden 6—8, seltener 10 H. (bei 20 cm Fokusabstand gemessen an der Haut mit Sabouraudpatille) verabreicht bei einer Wiederholung in vier Wochen. Im Durchschnitt waren 5—6 Bestrahlungen notwendig, doch waren schon in einzelnen Fällen 2—3 Sitzungen genügend, während manche Fälle trotz vermehrter Belichtungszahl nicht ausheilten. War die Röntgenbehandlung nicht ausreichend, so kamen auch Sonnenbäder, Quarz- und Kohlenbogenlicht in Anwendung. Bei gleichzeitig mit Licht behandelten Personen trat die Wirkung der Röntgenbestrahlung rascher und vollständiger ein. In den Monaten November 1918 bis März 1919 wurden 100 Lymphomfälle abgeschlossen, von welchen 57% ausheilten und 41% gebessert wurden. Von 43 Knochen- und Gelenktuberkulosen wurden 46,5% geheilt und 53,5% gebessert. E. Vörner-Leipzig.

Zur Lichtbehandlung des Lupus, besonders über das Verfahren nach Bessunger, von Dora Gerson-Dresden. (D. m. W., 1919, Nr. 43.) Die Versuche, den Lupus mit „röntgenisierten Jodsubstanzen" zu behandeln nach der Methode von Bessunger, führten unter zehn Fällen nur einmal zu einem günstigeren Resultat, als die an dem Dresdener Krankenhaus bisher übliche Methode der kombinierten Behandlung von Pyrogallol, Quarzlicht und Röntgenstrahlen. Die von Bessunger vorgeschriebene intensive Massage der lupösen Hautpartien mit jodhaltigen Substanzen hält Verf. für nicht ungefährlich für die angrenzende gesunde Haut. E. Brinitzer-Altona.

Über biologische Strahlenwirkung, besonders der α-Strahlen. Der bakterizide Einfluß von Thorium X, allein und im Zusammenwirken mit verschiedenen chemischen Desinfizienzien, von Erich Kuznitzky. (Habil.-Schrift, Breslau 1919.) Das vorwiegend α-strahlende Thorium X kann eine eminente biologische Wirksamkeit Bakterien gegenüber entfalten und zwar ganz besonders im Zusammenwirken mit anderen chemischen Mitteln. Hierbei kommt es zu einer Verstärkung der Desinfektionskraft, die anscheinend gesetzmäßig eintritt, jedenfalls bei allen untersuchten Substanzen zum Ausdruck kam. Sie geht so weit, daß an sich unwirksame Konzentrationen im Gemisch abtötend werden können. Diese Erscheinung ist nicht nur bei verschiedenen Desinfektionsmitteln, sondern auch bei verschiedenen Bakterienarten zu beobachten.

F. Weiler-Leipzig.

Zur Frage der Sensibilisierung in der Strahlentherapie, von Robert Lenk-Wien. (D. m. W., 1920, Nr. 1.) Die von Rhorer empfohlene Infiltration tuberkulöser Lymphome mit einer 10%igen Jodkalilösung vor der Bestrahlung zum Zwecke der Sensibilisierung hat keine besseren Resultate als die einfache Bestrahlung ergeben.

de Lemos-Hamburg.

Die Behandlung von Dermatosen mit Quarzlichtbestrahlungen bei gleichzeitiger Einwirkung von 5%igem Arg.-nitr.-Spiritus 70%, von Karl Schindler-Hanau a. M. (D. m. W., 1920, Nr. 5.) Statt zu röntgen, bestrahlt S. mit demselben Erfolg chronische Ekzeme, Trichophytien, Sykosen und Furunkel mit Höhensonne. Die mangelnde Tiefenwirkung der ultravioletten Strahlen erreicht er durch Bepinseln der zu belichtenden Stellen mit 5%igem Arg.-nitr.-Spiritus kurz vor und zu Beginn der Bestrahlung. Die Schwärzung der Stellen schwindet nach etwa drei Tagen wieder. Selbst tiefe Infiltrate schwinden schnell. Lichterytheme treten dabei nicht auf, denn mit zunehmender Schwärzung der Haut — Ausscheidung von Chlorsilber — dringt kein

Digitized by Google

Lichtstrahl mehr durch. Verf. nimmt mit Unna an, daß die Arg.-nitr.-Wirkung eine reine Salpetersäurewirkung auf das Gewebe ist. de Lemos-Hamburg.

Praktische Winke zur Durchführung und Improvisierung der Sonnen- und Freiluftbehandlung, überall, von Dr. Backer-Rieglern-Staßdorf i. Allgäu und Prof. Capelle-Bonn. (Ther. Hmh., 1920, Nr. 1.) Ein wie wichtiger Heilfaktor bei der chirurgischen Tuberkulose Luft und Sonne sind, zeigen die Erfolge von Rollier-Leysin u. a. Aber nicht nur im Hochgebirge, sondern auch überall im Tiefland läßt sich mit geringen Mitteln erfolgreich Heliotherapie betreiben. — Verff. geben genaue Anweisung für die Durchführung der Behandlung im Sommer und im Winter, an Sonnentagen und an sonnenlosen Tagen, besprechen die Symptome des Erfolges und Mißerfolges beim Kranken, gehen ein auf die Gesichtspunkte, die maßgebend sind für die Wahl des Platzes, für Improvisierung auf dem Dach, Balkon und am Fenster, im Liegestuhl oder in der Hängematte, und für die richtige Anlage des Windschutzes, der von besonderer Bedeutung ist. de Lemos-Hamburg.

Über den Einfluß des Sonnenlichtes auf die gesunde und auf die kranke Haut (over den invloed van het zonlicht op de gezonde en op de zieke huid), von van Leeuwen. (Utrecht, Druckerei-Industrie.) In dieser Darstellung, einem Vortrag, den der Verfasser zur Eröffnung der heliotherapeutischen Abteilung der Universitätshautklinik zu Utrecht gehalten, gibt er in prägnanter Form eine Geschichte der heliotherapeutischen Forschungen. Er beschäftigt sich im besonderen mit der Wirkung der violetten und ultravioletten Strahlen, erwähnt Wesen und Rolle des Pigments, wobei er Unnas Untersuchungen von 1885 anführt und schildert eingehender die Forschungen Blochs über den chemischen Ursprung desselben aus Oxydationsfermenten (siehe auch S. 478 das Referat von Gans-Heidelberg über die Arbeit Ducreys „Über den Nachweis des pigmentbildenden Oxydationsfermentes im Hautbrei und in Hautextrakten"), zitiert die interessanten Versuche mit der Verfütterung von mit Eosin gefärbtem Getreide, ebenso von Klee, der mit Schimmelpilzen, und Futterwicke, die mit Meltau infiziert war, wobei bei den dem Sonnenlicht ausgesetzten Tieren schwere Allgemeinerscheinungen auftraten. Er kommt dann auch auf die Rolle der fluoreszierenden Substanzen zu sprechen, bespricht die Beziehungen der Porphyrinurie zum Sonnenlicht und ebenso die Rolle desselben bei der Pellagra, den Pocken und dem Xeroderma pigmentosum. Ferner erwähnt er die Aufgabe der Haut als Lichtregulator und Lichttransformator und gedenkt schließlich der von der deutschen Therapie eingeführten Schutzmaßnahmen gegen Schädigungen der Haut durch das Sonnenlicht. (Wir empfehlen die Schrift besonders den Heliotherapeuten.) Wolff-Wiesbaden.

Zur Kenntnis solarer Lichtschädigungen der Haut, von G. Nobl-Wien. (W. m. W., 1919, Nr. 8.) Als Dermatosen, bei denen das Sonnenlicht einen wichtigen ätiologischen Faktor abgibt, sind bekannt: das Ekzema solare, Pellagra, Bazins Hydroa aestivale seu vacciniforme, die Melanose und bei Tieren die sogenannte Buchweizenkrankheit und Kleekrankheit. Bei diesen beiden letzteren Affektionen handelt es sich um Haustiere, welche längere Zeit mit diesen Futtermitteln ernährt worden sind, worauf sie unter dem Einfluß einer intensiven Sonnenbestrahlung unter pellagraartigen Erscheinungen erkranken und vielfach auch eingehen. So hat man bei Schafen namentlich dem Buchweizen (Polygonum fagopyrum) eine derartige Wirkung zugeschrieben, während bei Pferden der schwedische Klee (Trifolium hytridum) eine ähnliche Rolle zu spielen scheint. N. hat bei früherer Gelegenheit schon über 4 Fälle von Hydroa berichtet und ergänzt nun seine Ausführungen. Es handelte sich um eine 36jährige Frau und ihre 3 Kinder im Alter von 8—11 Jahren, welche wiederholt als Folge der Sonnenbestrahlung zu Beginn der wärmeren Jahreszeit die Läsion in ausgesprochener Weise darboten. Die von anderer Seite bei solchen Fällen beobachtete Hämatoporphyrinurie konnte bei diesen Fällen nicht nachgewiesen werden, wohl aber fand sich im Urin ein anderer reduzierender Körper, über dessen Wesen jedoch genaueres nicht mitgeteilt wird, obwohl Verf. demselben eine gewisse ätiologische Bedeutung zuschreibt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen, von Otto Strauss-Berlin. (M. m. W., 1920, Nr. 25.) Nach Strauss gibt es zwar eine Idiosynkrasie im strengsten Wortsinn gegen Röntgen nicht, doch, wenn auch selten, verminderte Toleranz. Diese kann sich örtlich, in anderen Fällen nur zeitlich äußern, ohne daß man eine Erklärung geben könnte. Man ist daher nicht imstande, in gerichtlichen Fällen durch Nachbestrahlung zu entscheiden, ob Kunstfehler oder Toleranzminderung vorliegt. Drei Fälle von Röntgenerythem, in welchen nur ganz geringe Strahlenmengen verabreicht worden

Digitized by Google

waren; ein Fall von Röntgengeschwür nach mäßiger Bestrahlung; ein fünfter Fall von Blasen- und Pigmentbildung nach wiederholter mäßiger Strahleneinwirkung, der deshalb interessiert, weil eine spätere Bestrahlung wieder reaktionslos verlief.

v. Notthafft-München.

Hygiene der Haut und Kosmetik.

Über Unterpolsterung der Gesichtshaut, von Ernst Eitner-Wien. (M. Kl., 1920, Nr. 4.) Die Resultate der Paraffininjektion zum Ausgleich von Einsenkungen an den Weichteilen des Gesichtes sind bei längerer Beobachtung durchaus nicht immer voll befriedigend. Verf. berichtet über zwei von kompetenten Operateuren ausgeführte Fälle, welche 7 Jahre bzw. 6 Monate später eine weitere Behandlung und Entfernung des injizierten Paraffins erforderlich machten. Bei dem einen Fall, ein 40jähriger Kaufmann, wurde von der Wangenschleimhaut aus auf das die Beschwerden veranlassende Depot eingegangen und nach Entfernung desselben später auf demselben Wege ein Stück Kutis von der Bauchhaut (nach Entfernung der Epidermis) zur Ausfüllung der Lücke eingelegt. Bei dem zweiten Fall wurde nach Entfernung des belästigenden Paraffins in ähnlicher Weise ein Stück Bruchsack, das zu plastischen Zwecken in Jodjodkalilösung und Alkohol aufbewahrt war, eingesetzt. Auch bei diesem Fall, eine 28jährige Kinoschauspielerin betreffend, war das Resultat voll befriedigend. Wegen der zu beobachtenden technischen Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

A Philippi-Bad Salzschlirf.

Experimenteller Beitrag zur Frage der Hautdesinfektion, von Dr. Landau. (Arch. f. kl. Chir., 1919, Bd. 113, H. 1.) Eine sichere Keimfreiheit ergab keins der geprüften Verfahren. Alkohol wirkt am stärksten desinfizierend. Jodtinktur ergab keinen besonderen Vorzug. Nächst dem Alkohol wirken zweifellos die Hg-Mittel und das Sagrotan in starker Konzentration (20%). O. Sprinz-Berlin.

Antiseptika und Desinfizienzien, von C. Bachem-Bonn a. Rh. (M. Kl., 1920, Nr. 5.) Aus der langen Liste der in jüngster Zeit empfohlenen neuen Mittel seien die folgenden hervorgehoben: Ormizet, eine 5%ige Lösung von ameisensaurer Tonerde mit Alkalisulfat, dient als guter Ersatz für essigsaure Tonerde. Die farblose Flüssigkeit wird in einer Verdünnung von 15,0:250,0 Wasser zu Umschlägen bei Unterschenkelgeschwüren und dgl. gebraucht. Moronal, das basisch formaldehyd-schwefligsaure Aluminium, wird als Pulver, in Tabletten oder in 50%iger Lösung verkauft. Dient als Streupulver, als Salbe und zu Umschlägen. Argobol, ein Silberboluspräparat aus Bolus mit 20% Silberphosphat, wird bei Ulcus cruris und als Scheidenpulver bei Blennorrhoe empfohlen. Boluphen, ein Kondensationsprodukt von Formaldehyd mit Phenol unter Zusatz von Bolus, ein geruch- und geschmackloses Pulver, reizlos, stark austrocknend, juckstillend, antiseptisch; wird als Pasta oder als Streupulver verwendet. R. Boluphen 10,0, Zinc. oxydat., Bol. alb., Calc. carbon. praecip. aa 25,0, Magnes. carbon. leviss. 25,0. Salusil ist eine fein verteilte Kieselsäure mit Zusatz von essigsaurer Tonerde. Bei nässendem Ekzem, eitrigen Wunden und Hyperhidrosis anzuwenden. Von kolloidalen Siberpräparaten sind neben Kollargol das Dispargen, Fulmargin und Elektrokollargol zu nennen. Bei eiternden Bubonen und bei Furunkeln kommt Argochrom vielfach zur Anwendung. Das dunkelgelbe, in Wasser lösliche Trypaflavin ist ein Diaminomethyllacridiniumchlorid, wurde besonders bei Gasbrand, aber auch bei Blennorrhoe zu Janetschen Spülungen in einer Konzentration von 1:1000—4000 empfohlen. Weitere Desinfektionsmittel sind das β-Lysol, Kresotinkresol, Sagrotan, Fakoestol und Providoform. Letzteres wird als 10%ige Salbe oder zu 5% in Öl bei Skabies, Frostbeulen und Verbrennungen verwendet. Zur Wundbehandlung hat Klapp besonders das Vuzin (nach der Stadt Vouziers in Frankreich so benannt) empfohlen, seiner chemischen Zusammensetzung nach als Jooktylhydrokuprein zu bezeichnen. Die Carel-Dakinsche Lösung, Natrium hypochlorit, kann durch das beständigere Calcium hypochlorit ersetzt werden. Als Blasenantiseptika sind noch die nicht mehr ganz neuen Präparate Neohexal und Amphotropin zu nennen, sowie namentlich das von B. in erster Linie empfohlene Allotropin, eine aus phosphorsaurem Hexamethylentetramin mit etwas freiem Hexamethylentetramin zusammengesetztes Pulver, das in Tablettenform zu 1,0 mehrmals täglich gegeben wird. Schließlich noch das Uvalysatum (dreimal täglich 20—40 Tropfen) und die Vesikalsanpillen, welche aus den Bärentraubenblättern gewonnen werden und als Harnantiseptika dienen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Über Abkömmlinge des Karbols als Mittel zur äußeren Desinfektion, von Hans Friedenthal-Harzburg. (Ther. Hmh., 1920. Nr. 1). Von den Abkömmlingen der Phenolreihe hat sich in neuerer Zeit am besten das Sagrotan bewährt. Infolge seiner alkalischen Reaktion ist es ein guter Rostschutz bei der Desinfektion der Instrumente. Auch die Hände werden durch Abreiben mit einem in Sagrotanlösung getränkten Tuch bequem desinfiziert. Hautreizungen wurden nicht beobachtet. Im Tierexperiment waren selbst konzentrierte Lösungen, innerlich verabreicht, ungiftig. In den Wundbehandlungen (Ausspülung eiternder Wunden und Höhlungen) zeigte sich das alkalische Sagrotan weniger wirksam als die oxydierenden Desinfektionsmittel (H_2O_2).

de Lemos-Hamburg.

Funktionsstörungen.

Die Therapie der Hyperidrosis, von Többen. (D. m. W., 1919, Nr. 6.) Die 2% Formaldehyd enthaltende Salbenkomposition Vestosol empfiehlt T. als das beste, sicherste und wegen seines sparsamen Verbrauches auch billigste Mittel gegen Schweißfuß. Die Salbe wird am besten morgens dünn in die Sohlenfläche des Fußes und zwischen die Zehen eingerieben, und zwar in den ersten acht Tagen der Behandlung am besten täglich, später etwa alle 2—3 Tage. Es ist besonders zu beachten, daß das Baden der Füße möglichst eingeschränkt werden muß, es genügt jede Woche ein Reinigungsbad. Die milde, völlig reizlose, angenehm riechende Salbe kann auch bei Hyperidrosis axillaris, mammae und bei Intertrigo mit gleich gutem Erfolge angewandt werden.

E. Brinitzer-Altona.

Über Seborrhoe, von J. Sellei-Budapest. (Orv. Ujsag, 1919, Nr. 10.) Nach Aufzählung der parasitären, gastrointestinalen und anderen Theorien behauptet S., daß, da die Krankheit mit dem Beginn der Funktion der Genitaldrüsen zusammenfällt, die Sekrete der Endokrindrüsen eine große, wichtige Rolle spielen sollen. Nicht nur das Erscheinen gewisser Stoffe der inneren Sekretion, sondern auch das Ausfallen mancher dieser Stoffe tragen bei zur Ausbildung der Seborrhoe. M. Porosz-Budapest.

Ursache des Hautjuckens, von Ferd. Bähr-Hannover. (D. m. W., 1920, Nr. 8.) Verf. hat an sich selbst beachten können, daß Urtikaria bei frisch bezogenem Bett am stärksten auftrat. Seine Haut reagierte prompt auf Benutzung von Persil. — Es gibt also Individuen, deren Haut auf die bei der Wäsche gebrauchten Chemikalien mit Juckreiz reagiert.

de Lemos-Hamburg.

Zirkulationsstörungen.

Beobachtungen über die Ursachen der häufig auftretenden Ausschläge der unteren Extremitäten. Erwähnung eines Falles von rezidivierendem Lungenkatarrh, von Stabsarzt Lorenz. (M. Kl., 1918, Nr. 14.) Verfasser kann die Ansicht, daß die häufigen impetiginösen, resp. pruriginösen Affektionen der Haut an den unteren Extremitäten ausschließlich auf Verlausung zurückzuführen seien, nicht teilen, da er solche Erkrankungen schon vor der Verlausung beobachtet hat. Wenn auch ein Teil der Fälle auf die letztere zurückzuführen ist, so glaubt Lorenz doch, daß es sich sehr oft um Ursachen mehr konstitutioneller Natur handle. Bekanntlich sind Angioneurotiker sehr empfindlich gegen Hautreizungen, wie solche durch langes Tragen der Kleidung ohne Wechsel (speziell durch Wolle) hervorgerufen werden. Diese Empfindlichkeit der Haut kann nicht durch Gewöhnung gebessert werden; sie hängt mit der allgemeinen Nervosität zusammen, kommt als Schwäche des Gefäßnervensystems zum Ausdruck, und zwar fast stets bei Leuten, bei denen sich schon in der Jugend Symptome exsudativer Diathese zeigten. Die Heilung der Hauterkrankungen dauert bei derartig veranlagten Leuten lange, weil bei der Überempfindlichkeit der Haut der leichteste Reiz genügt, um eine Kratzwunde mit nachfolgender Infektion entstehen zu lassen. Diese exsudative Diathese, die man meist als Erkrankung im Säuglings- bzw. Kindesalter bezeichnet, behält ihren konstitutionellen Charakter durch das ganze Leben, wenn sich auch die Form, in der sie in Erscheinung tritt, ändert, z. B. zu immer wieder rezidivierenden Lungenkatarrhen führt. Verfasser bespricht dann im Anschluß solche Fälle mit Schilderung der Krankengeschichten, für die auf das Original verwiesen werden muß.

O. Lasch-Breslau.

Beobachtungen über den Skorbut bei italienischen Truppen in Mazedonien, von C. Vallardi. (Riforma med., 1918, Nr. 40.) Nach seinen Beobachtungen erklärt Verfasser den Skorbut für einen „Symptomenkomplex von konstantem und definitivem

Digitized by Google

Charakter". Er hat in erschöpfenden Krankheiten, wie Dysenterie und Malaria, keineswegs die Ursache, wohl aber ein prädisponierendes Moment gesehen, während er in einer an Nährsalzen und Vitaminen armen Ernährung die Ursache erblickt. Die mit epidemischem Charakter explosionsartig aufgetretene Erkrankung schwand in dem Maße, wie z. B. Gelegenheit zum Anbau von Blatt- und Wurzelfrüchten gegeben war.
Wolff-Wiesbaden.

Hämorrhagische Exantheme, von v. Niedner. (M. Kl., 1919, Nr. 14.) Es sind in den Kriegsjahren im Anschluß an Infektionskrankheiten besonders häufig Exantheme beobachtet worden, die sonst meist harmloser Natur, z. Z. einen schweren hämorrhagischen Charakter zeigten und damit die Diagnose oft sehr erschwerten. v. Niedner ist geneigt, die Schwere der Erkrankungen nicht in Beziehung zur höheren Virulenz der Krankheitserreger zu bringen, sondern er glaubt mehr an eine stärkere hämorrhagische Diathese auf der Basis ungünstiger Ernährungsverhältnisse, wie dieselben durch skorbutische Erkrankungen geschaffen werden. Damit stimmen die Erfahrungen überein, die uns aus den Kriegen, welche zu besonders schweren Ernährungsverhältnissen geführt hatten, berichtet werden. Z. B. aus dem russisch-französischen Kriege 1812, der ganz ungewöhnliche Erschöpfungszustände der Truppe gezeitigt hat. Trotz der gut organisierten Verpflegungsnachschübe hat der Mangel an Früchten, frischem Gemüse usw. in der Rekonvaleszenz nach v. Niedner eine hämorrhagische Diathese geschaffen, die ganz latent bleiben, oder unter günstigen Verhältnissen bald wieder ausgeglichen werden konnte, die aber bei jedem Insult, der ohnehin die Kapillaren schädigt, den sonst typischen exsudativen Exanthemen einen hämorrhagischen Charakter verliehen hat. v. Niedner glaubt also, daß wie nachweislich in früheren Kriegen der Skorbut die Soldaten selbst leichteren Infektionskrankheiten gegenüber widerstandsunfähig gemacht hat, so auch die in diesem Kriege aufgetretenen hämorrhagischen Exantheme von diesem Gesichtspunkt aus behandelt werden müßten, um die Schwere der Erkrankung durch Obst, frische Gemüse, Milch (Barlow-Kur) zu mildern.
O. Lasch-Breslau.

Über Vakuolenbildung in den Leukozyten bei symptomatischer Purpura, von Herbert Meyer-Estorf. (D. m. W., 1919, Nr. 44.) Umfangreiche vakuoläre Degeneration der Leukozyten in vivo ist eine relativ seltene Erscheinung. Sie ist wiederholt bei myeloischer Leukämie beobachtet worden. Im vorliegenden Falle handelt es sich um Meningitis cerebrospinalis, vermutlich epidemica mit Purpuraerscheinungen, bei einem 4jährigen Kinde. In den Leukozyten (18000) fanden sich zahlreiche Vakuolen, besonders in den polynukleären, zum Teil auch in den Lymphozyten und Monozyten. Die Vakuolen waren sehr klein, ihr Durchmesser betrug $^1/_{11}$—$^1/_{15}$ des Zelldurchmessers. Sie waren teils in Reihen am Zellrande angeordnet, teils ganz regellos im Protoplasma verteilt. Man konnte bis zu 30 Vakuolen in einer Zelle zählen. Die Vakuolen treten bei Färbung nach May-Grünwald bei weitem deutlicher hervor als bei den Färbungen nach Giemsa und Pappenheim, ferner bei schwächerer Färbung deutlicher als bei stärkerer. Die Vakuolenbildung scheint ein geeignetes pathologisch-histologisches Kriterium zu sein, um das Reifungsstadium einer Zelle festzustellen. Die Zellkernalterung (nach Arneth) und die vakuoläre Protoplasmadegeneration entsprechen einander. Auf das Zusammentreffen von Vakuolenbildung in den Leukozyten und symptomatischer Purpura, wie im vorliegenden Falle, hat zuerst W. Schultz hingewiesen. Zwei der drei bekannt gewordenen Fälle betreffen ebenfalls Meningitis cerebrospinalis epidemica, der dritte Fall zeigte sich bei einer Erkrankung an Endokarditis verrucosa. E. Brinitzer-Altona.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Als Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Prof. Michail Petrini Galati wurde Dr. Nicolau zum Professor für Dermatologie und Syphilis in Bukarest ernannt.
R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. Oktober 1920 | Nr. 44 | Band 71

Aus dem Gesundheitsamt Halle (Vorstand: Prof. v. Drigalski, Stadtarzt).

Beiträge zur Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat[1]).

Von

Dr. Richard Neuendorff, städt. Polizeiarzt.

Die Eigentümlichkeit der mir unterstellten Polizeiabteilung für geschlechtskranke Frauen (80 Betten) bringt es mit sich, daß die meisten meiner Syphilisfälle an längere Zeit bestehender unbehandelter Syphilis II mit stark ausgesprochenen Erscheinungen erkrankt sind, daß Syphilis I und III, Syphilis des Nervensystems und kindliche Syphilis seltener in meine Hände kommen. Das Material der Lues latens rekrutiert sich aus den Prostituierten.

Wenn ich nun in der Behandlung dieser Kranken in einer Reihe von Fällen von der so bewährten kombinierten Salvarsan-Quecksilberkur abgegangen bin, so geschah das in der Erkenntnis, daß jetzt Quecksilber infolge der unzureichenden Ernährung, die auch im Krankenhause nicht viel gebessert werden kann, auffallend schlecht vertragen wird, daß schon kleine Dosen genügen, um recht unangenehme Nebenerscheinungen zu zeitigen (schwere Stomatitis, starke Enteritis, große Gewichtsverluste). Ich habe daher seit November 1919, dank der Liebenswürdigkeit von Geh. Rat Kolle-Frankfurt, der mir eine Reihe von Versuchsmengen zur Verfügung stellte, fast alle mir zugehenden Syphilisfälle mit reinen Silbersalvarsan- und Sulfoxylatkuren behandelt unter möglichster Ausschaltung des Quecksilbers. Die notwendigen Wassermannuntersuchungen, bei denen aus Sparsamkeitsrücksichten der Hauptwert auf den Wassermann bei der Aufnahme und bei der Entlassung gelegt werden mußte, wurden seitens des hiesigen Hygienischen Instituts übernommen, wofür ich auch an dieser Stelle seinem Leiter, Herrn Prof. Schmidt, meinen Dank ausprechen möchte. Lumbalpunktionen konnten leider bisher aus technischen Gründen nicht ausgeführt werden.

Was die Dosierung des Silbersalvarsans betrifft, so habe ich die Höhe von 0,25 für die Einzeldosis nicht überschritten. Die Zahl der Einspritzungen betrug pro Kur möglichst zwölf. Die erste Einspritzung 0,1, dann 0,15, 0,2, 0,25, wöchentlich zwei intravenöse Einspritzungen. Urin- und Gewichtskontrolle fanden selbstverständlich vor jeder Einspritzung statt. Die Höhe der Gesamtgabe schwankte zwischen 2,0 und 2,70. Sie lag nur selten in besonderen Fällen unter 2,0.

Hinsichtlich der Technik habe ich von allen angegebenen Hilfsinstru-

[1]) Vortrag im Verein der Ärzte zu Halle a. S. am 30. VI. 1920.

Digitized by Google

menten abgesehen. Ich habe bisher Silbersalvarsan direkt in der Rekordspritze zu 5 oder 10 ccm gelöst und bin erst in letzter Zeit dazu übergegangen, die Lösung nach Kolles Vorschlag in einem kleinen Erlenmeier-Kölbchen herzustellen. Das doppelt destillierte Wasser, das vor jeder Einspritzung nochmals aufgekocht wurde, lieferte die Apotheke. Es wurden in der Regel nur 5 ccm Wasser zur Lösung des Ampulleninhaltes (auch bei 0,25), selten 10 oder 20 ccm, verwandt und schnell, nicht tropfenweise, eingespritzt.

Beim Sulfoxylat standen mir die Ampullen zu 2, 3, 4 ccm der 10%igen Lösung zur Verfügung. Es wurde besonders für Nachkuren bei seropositiver Lues latens, in einzelnen Fällen als erste Kur, mehrfach kombiniert mit Silbersalvarsan verwandt. Zehn bis zwölf Einspritzungen bildeten eine Kur, die ersten sechs wöchentlich zweimal, die weiteren wöchentlich einmal. Die höchste Dosis waren bei zwölf Einspritzungen 41 ccm.

Bis zum 15. VI. 1920 gaben wir Silbersalvarsan 654, Sulfoxylat 230mal intravenös. Die behandelten 74 Fälle setzten sich folgendermaßen zusammen: Syphilis I (8), Syphilis II (33), Syphilis III (2), Lues latens (22), Tabes dorsalis (3), Neurorezidiv (1), kindliche Lues (5).

Wie steht es nun mit den Nebenwirkungen dieser Präparate? Bei ihrer Besprechung möchte ich mich an die Einteilung der Arbeit von Dreyfus [1]) halten.

a) Anaphylaktoider Symptomenkomplex.

Derartige Erscheinungen wurden bei Silbersalvarsan nur in einem Falle, bei Sulfoxylat überhaupt nicht beobachtet. Im ersteren Falle bekam eine Patientin bei jeder Einspritzung eine starke Rötung des Kopfes, ohne jede Beschwerde. Es erscheint immerhin eigentümlich, daß trotz der beschriebenen, bei uns üblichen starken Konzentrierung keine derartigen häufig beobachteten Zustandsbilder gesehen wurden und wir die gleichen Erfahrungen wie Kreibich, Galewsky, Fabry machten. Außerdem möchte ich hervorheben, daß gerade mein ambulantes Material (Prostituierte) doch recht oft sich schweren Alkoholschädigungen am Tage vorher ausgesetzt hatte, also zu Nebenerscheinungen der genannten Art eigentlich prädisponiert war.

b) Fieber.

Bei Behandlung mit Silbersalvarsan bekamen fünf Fälle (Syphils I: 4, Syphilis II: 1) Fieber bis 39,6° nach der ersten Einspritzung. Die Syphilis II zeigte am nächsten Tage eine sehr ausgesprochene Herxheimersche Reaktion. Die weiteren Einspritzungen vertrugen alle Kranken gut.

Im Verlauf der Behandlung sahen wir Fieber in drei Fällen. Davon waren zwei nur mit Silbersalvarsan behandelt, der dritte (Syphilis II) mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat. Dieser letztere hatte drei Silbersalvarsan und zwei Sulfoxylat ohne Beschwerden vertragen. Am Abend nach der vierten Silbersalvarsan (0,2) 39,5. Die weitere Kur verlief ohne Störung. Von den beiden anderen Kranken bekam eine ein Exanthem

[1]) Dreyfus, Nebenwirkungen des Silbersalvarsans, D. m. W., 1919, 47 u. 48.

Digitized by Google

(unten beschrieben). Die zweite (Lues papulosa Gravida IV) fieberte nach der dritten Einspritzung (38,5), vertrug dann die vierte, fünfte, sechste sehr gut. Nach der siebenten trat erneut Fieber auf (38,8), an das sich ein Abort anschloß. Die anfängliche Annahme der Auslösung desselben durch die letzte Einspritzung wurde dadurch widerlegt, daß die Kranke nachträglich angab, schon vor der letzten Einspritzung geblutet zu haben. Der Fall wurde zur Frauenklinik verlegt.

Bei Verwendung von Sulfoxylat allein bekam ein Fall (Lues latens) nach der neunten Einspritzung 38,4, vertrug dann gut, ein zweiter Fall (Lues latens) nach der zweiten Einspritzung 38,4, klagte dann nach jeder Einspritzung über Mattigkeit und Abgeschlagenheit, so daß nach drei weiteren Einspritzungen zu Silbersalvarsan übergegangen wurde, das keinerlei Nebenerscheinungen auslöste.

c) Hauterscheinungen.

Bei reiner Silbersalvarsanbehandlung entstanden drei Exantheme, bei reiner Sulfoxylatbehandlung ein Exanthem. Davon wurden drei klinisch beobachtet, das vierte stellte sich in der Ambulanz vor.

Fall 1: A. P., Prostituierte, 47 kg, Syphilis I, WR ++. Fünf Wochen vor der Aufnahme zeigte sie in der Kontrolle eine leichte Gelbsucht, WR —, Pat. erhält vom 24. IV. bis 1. V. dreimal Silbersalvarsan = 0,45 S. S. Während sie die beiden ersten Einspritzungen gut verträgt, fiebert sie am 1. V. abends nach der dritten Einspritzung (0,2) bis 38,5. Am 2. V. zeigt sich ein stark juckendes, urtikarielles Exanthem am ganzen Körper. Urin o. B. Am 4. V. ist der Ausschlag nach gründlicher Ableitung auf den Darm völlig abgeklungen. Am 5. V. erhält sie Neosalvarsan 0.15, erneuter Juckreiz 37,8, starke Kopfschmerzen. Vorsichtige Weiterbehandlung mit Quecksilber, das bisher vertragen wurde.

Fall 2: M. K., 22 Jahre, Arbeiterin, 63 kg, Syphilis II, auswärts. Zweimal Neosalvarsan, vier Hg sal. Vom 17. IV. bis 20. V. zehnmal Silbersalvarsan = 1,9 S. S., WR —; niemals Beschwerden, kein Fieber. Gewicht am Ende der Kur 63 kg. Letzte Einspritzung am 20. V. (0.2). Am 23. V. zeigt sich ein Ausschlag an den Streckseiten beider Hände und im distalen Drittel der Beugeseite des linken Unterarmes. Während er auf den Händen lichenartig aussieht, sehen die Stellen am Unterarm einem Erythema multiforme sehr ähnlich. Die Farbe ist hellrot. Der Ausschlag ist am 1. VI. auf Schwitzen, Abführmittel und Bäder mit Kal. perm. völlig verschwunden. nachdem er geringe Schuppung gezeigt hat. Juckreiz und Fieber bestanden nicht. Die Kranke. hatte keinerlei Klagen, Urin immer o. B.

Fall 3: A. Fr., 17 Jahre, 56 kg, Syphilis I, WR —, Spirochäten ++ vom 3. V. bis 19. V. Fünfmal Silbersalvarsan = 0.85 S. S. Die ersten vier Einspritzungen verlaufen reaktionslos. Am Abend des 15. V. nach der fünften (0,2) starke Kopfschmerzen, 38,6. Am 19. V. wieder völlig fieberfrei. Am 22. V. 0,1 Silbersalvarsan, am 24. V. klagt die Kranke über starken Juckreiz am ganzen Körper, am 25. V. tritt mit Temperaturanstieg (38,5) ein masernähnlicher, kleinfleckiger, hellroter Ausschlag auf Brust, Rücken und an den Streck- und Beugeseiten der Extremitäten auf. Urin ohne Befund. Das Fieber bleibt bis 30. V. zwischen 38° und 39°, fällt am 31. V. zur Norm, steigt am 2. VI. wieder auf 38,2, fällt am 3. VI., zeigt am 5. VI. und 9. VI. nochmals Steigerungen bis 38°, um dann normal zu bleiben. Das Exanthem fließt in den ersten Tagen zusammen, am 27. V. treten geringe Ödeme des Gesichts und der Hände auf. Heftiges Spannungsgefühl und Juckreiz der Haut. Am 1. VI. beginnt der Ausschlag abzublassen und heilt unter sehr starker Schuppung nach Behandlung mit Bädern, Schwitzen, reichlicher Flüssigkeitszufuhr und entsprechenden Salben ab.

Fall 4: F. Z., 27 Jahre, 45 kg, Syphilis II, WR ++++. Erhält zwölfmal Silbersalvarsan = 1,80 S. S. Niemals Fieber, häufig Kopfschmerzen, acht Wochen nach Beendigung der Kur kommt sie mit der Angabe in die Ambulanz, hohes Fieber, starke Schwellungen am ganzen Körper, ausgesprochenes Nässen der Haut gehabt zu haben. Einen Arzt hat sie nicht zugezogen. Die Untersuchung ergibt eine starke Schuppung am ganzen Körper. Urin ohne Befund. WR ++. Nach Aufhören der Schuppung

Digitized by Google

wird mit vorsichtiger Quecksilberbehandlung begonnen. Patientin entzieht sich der weiteren Behandlung.

Fall 5: L. H., 17 Jahre, Dienstmädchen, 52 kg, Lues latens, WR ++++. Vom 28. II. bis 24. III. siebenmal Sulfoxylat = 17 ccm, WR 24. III. +++. Niemals Beschwerden, kein Fieber. Am 29. III. unbestimmte Klagen, Temperatur 38° vormittags, abends 39,2. Am 30. III. Temperatur über 39°, klagt über Mattigkeit und Gliederschmerzen, Lungen frei, Urin o. B. Am 31. III. Fieber bis 39,9. Kein Befund. Am 1. IV. Temperatursturz auf 36,6. An den Streckseiten beider Arme, auf Brust und Rücken masernartiger, kleinfleckiger, hellroter Ausschlag, Abendtemperatur 38,7. 2. IV. vormittags 38°, der Ausschlag breitet sich auf Oberbauchgegend, Beugeseiten der Arme und Streckseiten der Beine aus. Abends 36°, von da ab kein Fieber mehr. 4. IV., das Exanthem ist nicht weitergegangen, es beginnt abzublassen. Geringes Spannungsgefühl der Haut. Am 12. IV. ist der Ausschlag unter geringer Schuppung verschwunden. Urin ständig frei, niemals Juckreiz. Am 14. IV. wieder Aufnahme der Behandlung mit Silbersalvarsan 0,05. Keine Nebenerscheinungen. Weitere fünf Silbersalvarsan = 0,65 werden gut vertragen. 8. V. Entlassung, Gewicht 55 kg.

d) Allgemeinerscheinungen (Ohnmachten, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Erbrechen).

Ein Zustand kurzdauernder Ohnmacht wurde einmal bei einer 18 Jahre alten Kranken (Syphilis II) im Anschluß an die siebente Einspritzung (0,2) gesehen. Die vorausgegangenen sechs Einspritzungen = 1,05 S. S. waren ohne Beschwerden vertragen worden, aber ein Gewichtsverlust von 3½ kg hatte während der Kur stattgefunden. Da die Kranke nach auswärts entlassen wurde, konnte sie nicht weiter beobachtet werden. Nach brieflicher Mitteilung geht es ihr gut.

Bei einer Tabeskranken (43 Jahre) kam es nach der dritten Einspritzung (0,1, 0,15, zu einer heftigen gastrischen Krise, die weiteren sechs Einspritzungen verliefen ohne Besonderheiten.

Über Kopfschmerzen wurde sehr häufig geklagt, am meisten nach Silbersalvarsan, während Erbrechen, Mattigkeit, Frostgefühl oft nach Sulfoxylat gesehen wurde. Eine Patientin (Lues latens Gravida IV), die an Hyperemesis litt, reagierte auf jede Sulfoxylateinspritzung mit starkem Erbrechen, während nach der ersten Gabe von Silbersalvarsan (0,05) kein Brechreiz mehr und auch bei der weiteren Behandlung nicht wieder auftrat. Die drei behandelten Kinder zeigten nach Silbersalvarsan Kopfschmerzen, nach Sulfoxylat keine Beschwerden.

Gelbsucht wurde in keinem Falle festgestellt. Das Gewicht stieg bei den meisten der Behandelten um 2—3 kg.

Thrombose der Vene oberhalb der Einstichstelle sahen wir zweimal.

Ein geringes Infiltrat kam durch perivenöse Injektion vor, Nierenerkrankungen traten niemals auf.

Was die Wirkung des Silbersalvarsans anlangt, so kann ich nichts Neues den bisherigen in der Literatur niedergelegten Erfahrungen zufügen. Bis auf einen sehr hartnäckigen P. A. verschwanden die klinischen Erscheinungen der Syphilis I, II, III oft schon nach wenigen Einspritzungen. Nur die Drüsenschwellungen bei Syphilis II zeigten fast in allen Fällen eine äußerste Widerstandsfähigkeit. Ein Fall von Lues III verdient eine besondere Besprechung. Eine frühere Prostituierte, 30 Jahre alt, wurde mit einer schmierig belegten Durchlöcherung des harten Gaumens in schwerem Allgemeinzustand eingeliefert. Sie war benommen, fieberte (38°), zeigte Andeutung meningealer Symptome (Erbrechen, Pulsverlang-

Digitized by Google

samung, geringe Nackensteifigkeit). Nachdem einige Tage abgewartet waren und der Zustand unverändert blieb, gab ich trotz der Temperatur 0,1 Silbersalvarsan. Am Tage nach der Einspritzung fiel die Temperatur auf 36,2, stieg noch einmal am zweiten Abend auf 37,5, um dann völlig normal zu bleiben. Der schwere Allgemeinzustand war behoben. Die Kranke hat die weitere Kur gut vertragen, es geht ihr ausgezeichnet.

Ein Neurorezidiv nach mangelhafter Quecksilberbehandlung reagierte sehr prompt. Bei zwei weiteren Tabesfällen verschwanden die vorher quälenden lanzinierenden Schmerzen. Einer dieser Fälle, der durch eine schwere Quecksilbernekrose des rechten Unterkieferastes nach auswärtiger Behandlung sehr heruntergekommen war, erholte sich schnell.

Hinsichtlich des serologischen Verhaltens, bei dem es aus den schon angeführten Gründen besonders auf die WR-Untersuchung am Anfang und Ende der Kuren ankam, möchte ich in nachfolgender Tabelle eine Reihe von nicht vorbehandelten Fällen von Syphilis II anführen, in denen es nicht gelang, mit ausreichender Behandlung von Silbersalvarsan allein eine negative Reaktion zu erzielen. Es handelt sich um 21 mit Silbersalvarsan behandelte Kranke von Lues papulosa, von denen zehn serologisch positiv blieben. Die Anfangs- und Entlassungsgewichte sind in der Aufstellung mit eingefügt.

Nr.	Diagnose	Gewicht kg	Gesamtmenge des Silbersalvarsans	WR		Bemerkungen
				Beginn der Kur	Ende der Kur	
1	Lues papulosa	47 49	2,45	+++	+++	Nach auswärts.
2	Lues papulosa	59 59,5	2,35	++	++	Anschließend 7 Hg, dann WR —.
3	Lues papulosa	50 48	1,85	++++	++++	Nach auswärts.
4	Lues papulosa	63 66	2,15	++	++	Nach auswärts.
5	Lues papulosa	45 48	1,80	+++	++	In Privatbehandlung.
6	Lues papulosa	55 58	2,20	+++	++	Nach auswärts.
7	Lues papulosa	50 53,5	2,10	++++	++++	Nach erster Injektion Herxheimersche Reaktion.
8	Lues papulosa	62 62	2,10	++++	++	Nach weiteren 8 Hg und 4 Sulfoxylat 0. Fünf Wochen später wieder WR++. Erneut in Behandlung.
9	Lues papulosa	65 65,5	2,70	++++	++	Sechs Wochen später neue Kur, WR ++, nach 24 ccm Sulfoxylat 0.
10	Lues papulosa	51 52	1,75	++++	+++	Nach sechsmal Sulfoxylat = 17 ccm, WR 0.

Digitized by Google

Zusammenfassung.

Auf der hiesigen Polizeiabteilung zeigte das Silbersalvarsan seine hervorragende klinische und serologische Wirkung auf Fälle der Syphilis I und der frühen Syphilis II. Die äußeren Erscheinungen der Syphilis III wurden schnell behoben, ebenso die der kindlichen Syphilis. Bei drei Tabesfällen wurde in zwei gute Beeinflussung der lanzinierenden Schmerzen gesehen. Ein Neurorezidiv wurde schnell gebessert. Bei älterer unbehandelter Syphilis II genügt es häufig allein nicht, um mit einer Kur schon eine negative WR zu erreichen. Drei leichtere Exantheme kamen vor.

Das Sulfoxylat bewährte sich als Mittel zur Behandlung seropositiver Lues latens und zeigte die beschriebene Depotwirkung. Wir sahen ein Exanthem nach ihm. Allgemeine Beschwerden wurden durch dieses Mittel häufiger als durch das Silbersalvarsan hervorgerufen.

Aus Prof. Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten, Berlin.

Über die Behandlung der Angina Plaut-Vincent mit Salizylsäure.

Von

Dr. med. Walther Bennigson.

Zahlreich sind die Mittel, die zur lokalen Behandlung der Angina Plaut-Vincent empfohlen werden. Teils sind es Desinfizientien, teils Adstringentien, teils Kombinationen beider. In den letzten Jahren ist auch das Salvarsan bzw. Neosalvarsan in Aufnahme gekommen, nachdem Ehrlich bereits im November 1910 über die Heilung eines Falles von Plaut-Vincentscher Angina mit Salvarsan in einer Sitzung des Ärztevereins in Frankfurt a. M. berichtete. Da man fast stets neben den fusiformen Bazillen auch eine starke Vermehrung der Mundspirochäten fand, deren Rolle trotz zahlreicher Veröffentlichungen noch immer nicht geklärt ist, versuchte man die Anwendung einer „spezifischen" Therapie. Man verwendete das Salvarsan oder Neosalvarsan rein in Pulverform oder in Aufschwemmung mit Glyzerin, ein Nachteil war, daß es jedesmal wegen der leichten Oxydierbarkeit frisch verwendet werden mußte. In jüngster Zeit ist es gelungen, durch Zusatz von Sirupus simplex die Aufschwemmung für längere Zeit verwendungsfähig zu machen.

Wenn auch die lokale Anwendung des Salvarsans in vielen Fällen verhältnismäßig schnell die Angina Plaut-Vincent zur Abheilung bringt, gibt es noch genug Fälle, bei denen erst nach zwei bis drei Wochen die Heilung erfolgt, ja es gibt sogar Fälle, wo man auch damit nicht zum Ziele kommt und mehrere intravenöse Neosalvarsaninjektionen nötig sind.

Typische Fälle von Plaut-Vincent werden im allgemeinen leicht diagnostiziert, zumal der Nachweis der fusiformen Bazillen sehr einfach u. a. durch Färbung mit verdünnter Karbolfuchsinlösung gelingt. Weniger

Digitized by Google

bekannt ist das Bild, wenn sich die Angina am Kronenhals eines Zahnes und hier besonders eines Weisheitszahnes oder an der Übergangsfalte von Weisheitszahn auf Schleimhaut des Kiefers etabliert. Auch die Abklatschgeschwüre auf der Wangenschleimhaut beim Sitz am Kronenhals eines Backzahnes werden oft nicht richtig gedeutet. Mitunter ist nun die Angina Plaut-Vincent mit Lues kombiniert. In diesen Fällen läßt sich auch das Verhalten der beteiligten regionären Lymphdrüsen nicht eindeutig zur Differentialdiagnose heranziehen. Denn bei Lues im Rachen oder im Munde sind die Drüsen durchaus nicht immer indolent, zuweilen sogar recht stark druckempfindlich. Im allgemeinen findet man aber bei der Angina Plaut-Vincent nicht so starke Drüsenpakete wie bei Lues. Auch der Nachweis der Spirochäten gelingt nicht immer eindeutig. Spirochäten lassen sich leicht mit den gebräuchlichen Methoden nachweisen, aber man findet neben der groben Spirochaeta buccalis die feine Spirochaeta dentium, die nicht leicht von der pallida zu unterscheiden ist. Nun heilten häufig Schleimhautveränderungen im Mund und Rachen, sowie Ulzera auf luetischer Basis verhältnismäßig schnell auf Salvarsanbehandlung, zumal bei intravenöser Injektion. Steht die Diagnose, ob Angina Plaut-Vincent oder Lues vorliegt, nicht fest, so kann es vorkommen, daß Fälle von Lues für Angina Plaut-Vincent gehalten werden, unter Salvarsanbehandlung abheilen, aber für die Patienten eine große Gefahr bedeuten, da sie als Luetiker ungenügend behandelt worden sind.

Aus diesen Gründen wäre eine „nichtspezifische" Therapie der Angina Plaut-Vincent einer „spezifischen" Salvarsantherapie vorzuziehen.

Wir hatten nun in den letzten Monaten Gelegenheit, eine von Barth (D. m. W., 1919, Nr. 23) angegebene Behandlungsmethode mit 10 %iger Salizylsäure in Alkohol und Glyzerin zu gleichen Teilen an einer Anzahl von Angina Plaut-Vincent nachzuprüfen. Unter unseren Fällen waren mehrere, die wochenlang von anderer Seite mit Jodtinktur, Chromsäure, Argent. nitric. ohne Erfolg behandelt worden waren. In allen Fällen gelang der Nachweis der fusiformen Bazillen mit verdünnter Karbolfuchsinlösung leicht. Beifolgend eine kurze Krankengeschichte:

Paul W., 23 Jahre, Arbeiter, seit drei Wochen angeblich bei einem Zahnarzt wegen Schmerzen am Weisheitszahn links hinten unten in Behandlung. Wurde täglich einmal, bzw. jeden zweiten Tag einmal mit Jodtinktur gepinselt. Keine Besserung. Sucht am 23. XI. 1919 die Poliklinik auf.

Befund: Mittelgroß, mäßig ernährt, kein Fieber. Unmittelbar hinter dem unteren linken Weisheitszahn quergestelltes, graugrünlich schmierig belegtes Geschwür von Bohnengröße, dessen vorderer zerklüfteter Rand an der Umschlagsfalte des Zahnfleisches etwas auf die Krone des Weisheitszahnes herüberragt. Starker Fötor ex ore. Deutliche Kieferklemme links. Submaxillardrüsen kirschkerngroß, mäßig druckempfindlich. Kein Eiweiß im Urin. Im Abstrich fusiforme Bazillen.

Behandlung: Reinigung des Geschwürs mit 10%iger Salizylsäure in Glyzerin und Alkohol zu gleichen Teilen mittels Wattetampons. Die schmierigen Massen lassen sich leicht entfernen. Das Geschwür blutet etwas; energisches Abreiben der unterminierten, zerfetzten Ränder. Nach fünf Minuten nochmals gründliche Betupfung; der Geschwürsgrund erscheint leicht weißlich und glitzernd, worauf auch Barth l. c. aufmerksam macht. Gurgeln mit H_2O_2.

Am folgenden Tage noch geringer Fötor ex ore. Das Geschwür ist etwas kleiner geworden, erscheint nicht mehr so tief. Geschwürsgrund noch etwas weißlich belegt. Pat. ist beschwerdefrei. Dieselbe Behandlung wie am Tage vorher.

25. XI. 1919. Das Geschwür ist verheilt. Submaxillardrüsen noch kirschkerngroß, nicht mehr druckempfindlich. Geheilt entlassen.

Digitized by Google

Wir haben hintereinander zehn Fälle von Angina Plaut-Vincent auf diese Art behandelt; in acht Fällen gelang es in zwei bis drei Tagen, in zwei Fällen in fünf Tagen bei täglich zweimaliger Pinselung hintereinander die Angina zur Abheilung zu bringen.

Durch diese Erfolge ermutigt, haben wir auch mehrere Fälle von Stomatitis aphthosa mit Salizylsäure behandelt. Bei dem schubweisen Auftreten neuer Aphthen brauchten wir natürlich einige Tage mehr bis zur Abheilung. Jedenfalls waren die einzelnen mit Salizylsäure behandelten Eruptionen jedesmal nach spätestens 48 Stunden abgeheilt.

Bei Ulzera auf luetischer Basis sahen wir von der Salizylsäurebehandlung bisher keinen eindeutigen Erfolg. Bei einem schweren Fall von zerfallenen Plaques am Zungenrand, Ulzera am Zahnfleisch der korrespondierenden Backzähne sowie Abklatschulzera an der Wangenschleimhaut gingen die Zerfallserscheinungen trotz ausgiebiger Salizylsäurepinselung und trotz antiluetischer kombinierter Behandlung weiter und kamen erst nach der Anwendung von zehn Spritzen Hg salic. und fünf intravenösen Neosalvarsaninjektionen Dos. III zum Stehen.

Wie die Wirkung der Salizylsäuremischung bei Plaut-Vincentscher Angina zu erklären wäre, ist nicht leicht zu sagen. Barth nimmt in seiner oben erwähnten Arbeit an, „daß infolge des Zusammentreffens der alkoholischen Lösung mit der Feuchtigkeit der Schleimhaut durch die sofort einsetzende Diffusion die Salizylsäure tiefer in das Gewebe eindringt und hier, wie auf der Oberfläche, zum Teil niedergeschlagen, als schwerer löslicher Körper abgelagert wird und seine Wirkung anhaltender entfalten kann".

In der Tat sieht man häufig, worauf auch Barth aufmerksam macht, nach dem Ausreiben der Ulzera die Ausscheidung leicht glitzernder Salizylsäurekristalle, die manchmal noch nach zwei bis drei Stunden nachweisbar sind. Dies wäre wohl so zu erklären, daß durch die große Aufnahmefähigkeit des Glyzerins für Wasser und bei dem schnellen Verdunsten des Alkohols die Salizylsäure in stärkster Konzentration erhalten bleibt und ihre Desinfektionskraft längere Zeit entfalten kann. Dadurch wird die Entwicklung der Spirochäten und fusiformen Bazillen stark gehemmt.

Zusammenfassung: Die Behandlung der Angina Plaut-Vincent mit 10%iger Salizylsäure in Alkohol und Glyzerin zu gleichen Teilen hat sich bewährt, ist der Behandlung mit Neosalvarsan vorzuziehen und wird zur Nachprüfung empfohlen.

Nachtrag zu dem Aufsatz über Pemphigus localis.

Von

Dr. Hubert Sieben in Bürstadt (Hessen).

In Nr. 38 dieser Wochenschrift habe ich über einige Fälle von Pemphigus localis berichtet. Einer von diesen sehr hartnäckigen Fällen konnte, wie bereits erwähnt, mit Phenolinjektionen geheilt werden. Inzwischen habe ich nun auch den zweiten Patienten, und zwar den 74jährigen Franz K., mit Phenolinjektionen behandelt, nachdem die Blasen immer wieder erschienen waren und große Beschwerden und Schmerzen, namentlich

Digitized by Google

am rechten Bein, verursacht hatten. Wegen des hohen Alters des Kranken zögerte ich sehr lange mit dieser Behandlung. — Patient erhielt vom 2.—8. Juli 1920 täglich 1 ccm einer 5%igen Phenollösung subkutan in den Oberarm. Sofort mit der ersten Injektion hörte die Blasenbildung, die bereits ein Jahr und drei Monate bestanden hatte, auf und ist überhaupt nicht mehr wieder aufgetreten. — In diesem Falle habe ich nur sieben Injektionen gemacht. Nach der siebenten Einspritzung habe ich in anbetracht des hohen Alters des Kranken diese Behandlung abgebrochen, die sonst gut vertragen wurde. Auch hier zeigten sich im Urin weder Albumen noch Formelemente.

Die Heilung auch dieses Falles mit Karbolwasser macht es in der Tat wahrscheinlich, daß man mit diesem Mittel diese sonst jeder Therapie spottende Krankheit heilen kann.

Den dritten Kranken habe ich leider aus den Augen verloren.

Mitteilungen aus der Literatur.

Zirkulationsstörungen.

Traumatische Purpura, von R. Gruss-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 49.) Als Beispiele von dem Einfluß traumatischer Einwirkungen bei der Entstehung der Purpura schildert G. folgende zwei Fälle: Ein 18jähriges, in der Entwicklung etwas zurückgebliebenes Mädchen bemerkte nach einem sehr angestrengten Brechakt alsbald ein Gedunsensein und Verfärbung ihres Gesichts. Am folgenden Tage zeigte sie in der Klinik folgenden Befund: beiderseits über dem Jochbogen blaßlivide, ödematöse Schwellung, an den unteren Augenlidern, am Nasenrücken und in geringerem Grade an den Wangen zahlreiche hirsekorn- bis stecknadelkopfgroße, braunrote Flecke, Hämorrhagien. Der andere Fall betraf eine 35jährige Patientin mit Lues latens, welche infolge eines zu langen Intervalles zwischen zwei Milchinjektionen einen starken anaphylaktischen Chok mit Lungenblähung, Zyanose am ganzen Körper und Gesichtsödem akquirierte, worauf am folgenden Tage an den Oberarmen, Schultern und der Brust eine hämorrhagische Aussaat auftrat. Bei beiden Kranken gingen die Erscheinungen bald wieder vorüber.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Regionäres Ödem der Haut bei Abdominalerkrankungen, von O. Hans-Innsbruck. (W. kl. W., 1919, Nr. 46.) In einer vorläufigen Mitteilung berichtet Verf., daß er bei verschiedenen Erkrankungen innerer Organe, unter Ausschluß von Nierenleiden, vasomotorischen Störungen und lokalen Störungen, das Auftreten eines zirkumskripten, streifenförmigen Ödems an der Bauchhaut beobachtet hat. In dem ersten von ihm beobachteten Fall handelt es sich um ein 24jähriges Mädchen mit einem Duodenalgeschwür; das Ödem erstreckte sich als gut handbreiter Streifen vom linken Rippenbogen nach der Mittellinie hin. Im allgemeinen ist das Ödem leicht zu übersehen, da es selten mehr als 2 mm dick ist; manchmal vergeht es schon wieder nach wenigen Stunden. Oftmals, bei älteren Personen sogar regelmäßig, ist die Haut dabei hyperämisch. Zum Zustandekommen der Erscheinungen denkt sich Verf. reflektorische Nervenerregungen in den Gebieten der Headschen Zonen wirksam. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Pathologie der hämorrhagischen Diathese, von A. Kirch-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 51.) Aus der Zahl der sich unzweifelhaft als Folge der durch den Krieg bedingten Unterernährung häufenden Fälle von hämorrhagischer Erkrankung teilt K. vier eingehend durchgeführte Krankengeschichten mit. Der eine Fall war als typischer Skorbut zu bezeichnen, wie dies für die meisten Erkrankungen dieser Art als Wirkung der „Kriegskost" gilt. In einem anderen einen 76jährigen Mann betreffenden Fall mögen Altersveränderungen mitgewirkt haben; bei einem dritten bestand, wie durch die Sektion auch festgestellt wurde, neben ausgedehnten Hämorrhagien der Haut und inneren Organe ausgesprochene Lungentuberkulose, während bei dem vierten Patienten die inneren Organe gesund befunden wurden. In der Epikrise legt Verf. dar, daß für alle hämorrhagischen Diathesen eine Gefäßschädigung die notwendige Voraussetzung bildet. Er weist ferner auf die Rolle, welche hypothetisch die Lipoide dabei spielen können, hin und legt dar, daß die Blutplättchen beim Zustandekommen der Gerinnung nicht nur einen wichtigen Faktor abgeben, sondern daß sie vielleicht auch die Aufgabe haben, intravasal die Gefäßwände (Kolloidwirkung?) zu dichten. Die Achylia gastrica und die perniziöse Anämie sind wohl gleichgeordnete Momente, Folgen einer insuffizienten Nahrung oder einer alimentären Schädigung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Zur Entstehung der hämorrhagischen Diathesen, von R. KLINGER-Zürich. (D. Arch. f. kl. Med., Bd. 130, Nr. 1 u. 2.) Die chemische Auffassung der Purpurazustände läßt sich dahin zusammenfassen, daß die Blutaustritte durch ein zu starkes Durchlässigwerden der Zwischenzellspalten der Kapillaren bedingt sind, die ihrerseits auf eine chemische (meist wohl hydrolytische) Schädigung (Aufspaltung) der an diese Spalten angrenzenden Zellteile (Eiweiß oder Lipoidmembranen) zurückgehen dürften.
O. Gans-Heidelberg.

Einige kritische Bemerkungen zu den Klingerschen Studien über die Hämophilie, von FONIO. (Zschr. f. kl. M., Bd. 89, H. 1 u. 2.) Zu kurzem Referat nicht geeignet.
W. Haas-Hamburg.

Nachtrag zu meiner Arbeit „Thrombolytische Purpura", von PAUL KAZNELSON. (Zschr. f. kl. M., Bd. 88, H. 1 u. 2.) Der Erfolg der Milzexstirpation in zwei Fällen blieb bis jetzt, fast drei Jahre nach der Operation, bestehen. O. Gans-Heidelberg.

Über die Beteiligung der Zunge bei Morbus maculosus Werlhofii, von KURT STÜDEMANN. (Diss., Berlin 1917.) Zwei Fälle bei einem 19jährigen Mädchen und einem 60jährigen Arbeiter. Die Mitbeteiligung der Zunge bei den Erscheinungen der hämorrhagischen Diathese gehört zu den größten Seltenheiten. Verf. fand in der Literatur nur zehn ähnliche Fälle.
F. Weiler-Leipzig.

Über Ätiologie und pathologische Anatomie der hämorrhagischen Diathesen, von HANS MUNTER. (Diss., Berlin 1918.) Fall von Sepsis bei einem 24jährigen Schlosser mit dem klinischen Bilde der Purpura rheumatica. Zum Zustandekommen der Blutungen sind zwei Faktoren in Betracht zu ziehen. Einmal eine auslösende Ursache, die eine Schädigung des Gefäßsystems bedingt, sei es auf infektiös-embolischem Wege oder auf toxischem. Zum anderen aber ist die Reaktion des Organismus erforderlich.
F. Weiler-Leipzig.

Über Akroasphyxie, von ELSE COHN. (Diss., Berlin 1918.) Bei dem 21jährigen Dienstmädchen wurde ein Krankheitsbild beobachtet, daß 1. in allmählich auftretender starker Zyanose und Kühle der Extremitäten, 2. in Parästhesien der Akra plus Anästhesien und Akrothermanästhesien und 3. in Blasenbildung bestand. In Anlehnung an den NOTHNAGELschen Fall von vasomotorischer Neurose und die CASSIERERschen Fälle von Akroasphyxie wurde das Krankheitsbild als Akroasphyxie (Akroasphyxia bullosa) gedeutet. Die bei der Kranken beobachtete orthotische Albuminurie wurde als eine Insuffizienz der Nierenvasomotoren aufgefaßt.
F. Weiler-Leipzig.

Zur Kasuistik der Purpura haemorrhagica mit Blutplättchenmangel, von ERICH BRAEMER. (Diss., Königsberg 1919.) Die Krankheit trat bei zwei 47 Jahre alten Frauen auf, die beide schon mit ungefähr 36 Jahren in die Menopause gekommen waren. In ihrem klinischen Verlauf mit plötzlichem Auftreten und mehr oder weniger chronischem Verlauf der bedrohlichen Schleimhautblutungen unterscheidet sie sich kaum von den übrigen Fällen von Thrombopenie. Von einer verlängerten Blutungszeit außerhalb der Hautoberfläche war nichts zu merken. Dagegen fiel besonders in einem Fall die unverhältnismäßig starke intrakutane Blutung und vor allem die Blutung aus einem durch Venenpunktion verletzten Gefäß auf. Geringfügige Verletzungen, wie gelindes Kneifen, das keinerlei Schmerzempfindung auslöste, riefen jedesmal ein ausgedehntes Hämatom hervor. Auffällig war der Blutbefund und seine Verminderung bis fast völliger Aufhebung der Blutplättchen.
F. Weiler-Leipzig.

Über zwei Fälle von sporadischem Skorbut, von E. SAUPE-Dresden. (M. Kl., 1920, Nr. 6.) Es handelte sich um zwei Kriegsteilnehmer, Landsturmmänner, beide im Alter von 46 Jahren, welche wegen chronischen Darmkatarrhs mehrere Monate im Krankenhaus in Behandlung waren und während dieser Zeit (Winter 1918—19) infolge Mangels an geeigneter Ernährung, namentlich von Kartoffeln, in typischer Weise an Skorbut erkrankten. Außer Zahnfleischaffektionen waren die namentlich an den Unterschenkeln entwickelten reichlichen Petechien charakteristisch. Bei geeigneter Behandlung erfolgte ziemlich schnelle Heilung. Außer einer leichten Anämie bei beiden Fällen fand sich in dem einen Fall vorübergehend eine erhebliche Leukozytose, während bei dem anderen eine starke Vermehrung der Lymphozyten zu konstatieren war. In bezug auf Gerinnungsfähigkeit des Blutes und Resistenz der Erythrozyten waren Abweichungen von der Norm nicht festzustellen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Hämorrhoidalkrankheit und ihre Behandlung mit „Recto-Serol Merz", von Dr. HEISE-Berlin. (Allg. m. Zztg., 1919, Nr. 31.) Empfehlung des von der Firma Merz in Tuben mit anschraubbarer Kanüle in den Handel gebrachten Extract. Hamamelis fluid, Novokain und Liqu. Alumin acet. in gelöster Form ohne Fettzusatz

Digitized by Google

enthaltenden Mittels, dem günstige Erfolge infolge seiner intensiven Tiefenwirkung nachgerühmt werden. E. Levin-Berlin.

Über die Pathogenese der kongenitalen Varizen, von K. Hasebroek. (Frankf. Zschr. f. Path., 1919, Bd. 22, H. 2.) Weitere Ausführungen zu H.s Arbeiten über die Bedeutung der Arterienpulsationen für die Strömung in den Venen und die Pathogenese der Varizen (Pflügers Archiv, Bd. 163), welche uns Triebkräfte von distal her lehrten, die einen viel höheren venenerweiternden Seitendruck entstehen lassen, als der träge dahinflutende Venenstrom erzeugen kann. Der distal und peripher vor den Klappen sitzende Varix wird so erklärt. Die Klappensuffizienz verliert ihre Bedeutung als Klappenschutz; daher der pathologische Befund der Varizen mit und ohne Klappendefekt, Mißverhältnisse zwischen Zufluß und Abfluß verstärken für die Vene eine arteriopulsatorische Stromwirkung und veranlassen den Varix, indem eine anatomische Prädilektionsstelle der Wandung die Erweiterung entstehen läßt. Ein Circulus vitiosus setzt ein, da bei einer gewissen Größe des Varix Druckspannungen den Rückgang der Erweiterung unmöglich machen usw. Anatomische und klinische Beobachtungen stützen H.s Modelltheorie. (D. Zschr. f. Chir., Bd. 136.) Arteriopulsatorische Einwirkungen sind die Hauptsache. Prädisponierende Wandungsqualitäten kommen nur in Betracht, soweit sie sich auf dem Gebiet des Physiologischen bewegen, nämlich in einer ungleichen Verteilung der Wandungselemente und in Unregelmäßigkeiten der Wandungsdicke, wie sie überhaupt für das Venensystem charakteristisch sind. Grundbedingung für die kongenitalen Varizen aber ist eine auf dem Gebiete der Mißbildungen liegende topographische, im Gefäßgebiet veränderte Anlage. E. Delbanco.

Zur Operation der Varizen, von H. Flörcken-Paderborn. (M. m. W., 1920, Nr. 11.) Empfehlung multipler perkutaner Umstechungen im Gebiete der Vena saphena magna, parox und ihrer Verbindungsäste. v. Notthafft-München.

Die Punktionsbehandlung der Hautödeme, von R. von der Velden-Berlin. (Ther. Mh., 1919, H. 11.) In Fällen von Hautödem, kardialer oder renaler Ätiologie, in denen die interne Therapie versagt hat, sollte die Furcht vor Wundinfektion oder Erysipel niemand von der Punktionsbehandlung zurückhalten. Der Eingriff muß aber vorgenommen werden, bevor es zu Einrissen in der Haut gekommen ist. Am besten bewährt hat sich die Methode der Stichelung. 50—80 Öffnungen von 1—$1^1/_2$ cm Tiefe werden an jedem Bein mittels eines feinen Troikarts angelegt, nachdem der Pat. schon vorher in einen Lehnstuhl gebettet ist, wo er 1—5 Tage bleibt. Bei dieser Behandlung wurden in 24 Stunden bis zu 13 l, in 6 Tagen bis zu 25 l Ödemflüssigkeit entleert. Der Erfolg war in den meisten Fällen kein nur vorübergehender, sondern im Anschluß an diese Entlastung setzte gute Diurese ein. Die Stichwunden heilten nach mehreren Tagen unter trocknen sterilen Verbänden glatt. de Lemos-Hamburg.

Zur Symptomatologie und Differentialdiagnose der Akrocyanosis chronica, von Josef Fässler. (Diss., Basel 1919.) Die vasomotorischen Extremitätenneurosen zerfallen in 5 Gruppen: den sog. ‚doigt mort', die Akroparästhesia, die symmetrische Gangrän, die Erythromelalgie und die Akroasphyia oder Akrocyanosis chronica (diese zerfällt in eine Akrocyanosis chronica simplex und anaesthetica, je nachdem es sich um Fälle mit intakter Sensibilität oder um solche mit abgestumpftem bis aufgehobenem Empfindungsvermögen handelt). Von letzteren ist vom Verf. ein Fall beschrieben bei einem 28jähr. Straßenbahnwagenführer. Die Erkrankung ist an Händen und Fingern lokalisiert. F. Weiler-Leipzig.

Urtikaria-, Erythem-, Herpes- und Prurigoformen. Frost.

Über die Symptomatologie und Ätiologie der Urticaria papulosa infantum (Strophulus), speziell deren Beziehungen zur Erkrankung an Oxyuren, von Jos. Schütz-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1920, Nr. 10.) Zwischen Oxyuren und Strophulus bestehen häufig Zusammenhänge. Strophuluskranke haben oder hatten vielfach Oxyuren. Beide Krankheiten haben zugenommen. (Ursache: Herabsetzung der Magensäure durch die Kriegskost.) Lebensalter und Jahreszeiten sind die gleichen. Entfernung der Oxyuren hilft gegen die Hautkrankheiten. v. Notthafft-München.

Hautveränderungen während der Menstruation, mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von Urtikaria, von Richard Heinrich. (Diss., Göttingen 1919, Dietrichsen.) Verf. hat alle Hautaffektionen beschrieben, die mit der Menstruation in Zusammenhang stehen, und welche wahrscheinlich durch Alteration bestimmter Zentren im Rückenmark und des Sympathikus entstehen. Im besonderen hat er die Urtikaria be-

Digitized by Google

schrieben, bei welcher hysterische und neuropathische Individuen in Betracht kommen, und zwar gedenkt er der Erklärungsversuche von H. W. Freund (Äußerungen der Funktion der Keimdruse), Bettmann (toxische Einflüsse), Neusser, der die Haut als ein blutbereitendes Organ gleich dem Knochenmark darstellt, dessen Funktionen in regster Beziehung zu denen der Eierstöcke stehen. Matzenauer und Polland aus der Grazer Klinik sprechen von einer Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica.

Wolff-Wiesbaden.

Klinische Deutung der skarlatinoiden Ausschläge, von M. Scholtz-Los Angeles, Cal. (New York. m. J., 1920, Nr. 8.) Indem Verf. davon ausgeht, daß der Scharlachfieberausschlag keine wohldefinierte und unterschiedene dermatologische Einheit ist und von dem Rest skarlatinoider Ausschläge nicht unterschieden werden kann, vielmehr nur einen spezifischen Typus des toxischen skarlatinoiden Erythems darstellt, erklärt er dieses als keine unabhängige klinische Einheit, sondern nur als symptomatisches, durch die verschiedensten Toxine verursachtes Erythem. Die Differentialdiagnose des skarlatinoiden Erythems kann nicht auf rein dermatologischer Basis gestellt werden, sondern hauptsächlich auf Grund der begleitenden klinischen Symptome und der Art der Entwicklung. Nosologisch muß es als ein erythematöser Typus der großen Gruppe des Erythema multiforme betrachtet werden. E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Klinik des Erythema infectiosum, von C. Coerper-Barmen. (M. m. W., 1920, Nr. 16.) Das Erythema infectiosum ist verhältnismäßig wenig ansteckend. Die in der Literatur angegebene Immunität des ersten Lebensjahres besteht für die letzten Monate sicher nicht. Die Inkubation dauert zwei Wochen. Keine Prodromi. Die Flecken sind erhaben, gerötet mit bläulichem Unterton, beim Zusammenfließen in der Mitte eingesunken und blässer. Dauer des Ausschlags mindestens sieben Tage. Die Stärke desselben wechselt sehr rasch. Typische Lokalisation kommt nur insofern vor, als bei sehr starkem Ausschlag Gesicht und Streckseiten stärker beteiligt sein können. Mäßige Lymphozytose und Drüsenschwellung können fehlen und dasein. Beziehungen des Leidens zur Pirquetschen Reaktion bestehen nicht. Das Leiden wird offenbar viel mit Masern verwechselt. v. Notthafft-München.

Fünf atypische Fälle von Erythema nodosum, von Gerhard Denecke. (D. m. W., 1919, Nr. 44.) Es handelt sich um fünf Mädchen im Alter von 16—22 Jahren, die im unteren Drittel der Unterschenkel, an den Streckseiten, dicht über dem Knöchel rot und blaurot verfärbte Flecke zeigen; die Haut ist an diesen Stellen etwa handbreit geschwollen, glatt, mit spiegelnder Oberfläche; beim Druck unter Glas verschwindet die Rötung und zeigt blassen Grund. Die Flecke sind unregelmäßig, aber deutlich begrenzt, die Verfärbung zeigt eine gewisse Marmorierung. Die Haut liegt fest auf der Unterlage und ist von derber Konsistenz; der Fingerdruck, der meist als etwas schmerzhaft angegeben wird, bildet keine Delle; es gelingt kaum, überhaupt einen Eindruck hervorzubringen. Die Haut zeigt beim Zusammenpressen von beiden Seiten feinste Fältelung. Alle fünf Pat. haben einen Befund am Herzen, der auf eine Affektion des Endokards hindeutet, die Beschwerden, die von allen gleichmäßig angegeben werden, bestehen in Schmerzen in den Unterschenkeln und Füßen, Luftmangel beim Laufen, Treppensteigen usw. Im unteren Drittel der Tibiakanten fanden sich derbe Infiltrate, über denen die Haut nicht verschieblich war. Mit bloßem Auge waren Blutungen nicht nachweisbar, aber mit dem Weißschen Hautmikroskop konnte man deutliche kutane Hämorrhagien erkennen. Die Infiltrate waren symmetrisch an beiden Unterschenkeln angeordnet. Auf Grund dieser Infiltrate, der Herzbeteiligung, der rheumatischen Beschwerden und des Erfolges der Salizyltherapie wurde die Diagnose Erythema nodosum gestellt. E. Brinitzer-Altona.

Viszerale Störungen bei Patienten mit Hauterscheinungen der Erythemgruppe, von Henry A. Christian-Boston. (J. Am. m. Ass., 1917, Bd. 69, Nr. 5.) Es gibt eine bestimmte klinische Wesenheit, bei der man Hauterscheinungen der Erythemgruppe (Purpura, Erythem, Urtikaria, angioneurotisches Ödem) mit viszeralen, auf gleichartigen Läsionen beruhenden Störungen findet. Am häufigsten sind Arthritis, gastrointestinale Symptome, Hämaturie, verschiedene Störungen der Nierenfunktion. Die Symptomatologie der Gruppe ist sehr verwickelt, und ohne Gegenwart der Hautveränderungen bieten die Fälle zeitweise große diagnostische Schwierigkeiten.

E. Levin-Berlin.

Über Erythema exsudativum multiforme im Anschluß an infektiöse Dermatosen, von Peter Herkenrath. (Diss., Bonn 1919.) Verf. teilt einige Beobachtungen mit, wo einer infektiösen Dermatose ein Erythema exsudativum multiforme folgte; ein-

Digitized by Google

mal ging Skabies mit Impetigo voraus, einmal ein Ekzem und in zwei Fällen eine Trichophytie. Ob ersteres auf bakteriellen oder toxischen Einfluß zurückzuführen war, ist nicht zu entscheiden. Bei der Kombination mit Trichophytie ist der Schluß naheliegend, daß das Erythema exsudativum multiforme als Reaktion der überempfindlichen Haut des Gesamtkörpers auf die von den Trichophytieherden ausgehenden Toxine anzusehen ist. Daß das Erythem jedesmal auftrat, wenn die Trichophytie ihren Höhepunkt und der Körper noch nicht seine volle Immunität erreicht hatte, sondern im Sinne ihrer Vorstufe, der Allergie, reagierte, stimmt mit den Beobachtungen bei Trichophytiden überein. O. Sprinz-Berlin.

Zoster intercostalis und motorische Symptome am Bauch, von Söderbergh. (Acta m. Skandin., Bd. 52, H. 3.) Bei einem 50jähr. Manne mit einem Zoster der Gegend des 5. und 6. Interkostalraumes zeigten sich 14 Tage lang dauernde motorische Lähmungserscheinungen in der oberen Bauchmuskulatur derselben Seite.
W. Haas-Hamburg.

Die Ansteckungsfähigkeit des Herpes zoster, von Adolf Bachmeister-St. Blasien. (M. m. W., 1920, Nr. 25.) Ein Zosterkranker übertrug das Leiden auf zwei andere Personen. Diese erkrankten auch fieberhaft. Inkubation 2—3 Tage. Die Ansteckung kann noch erfolgen, wenn die Bläschen bereits eingetrocknet sind. Zosterkranke sind also zu isolieren. v. Notthafft-München.

Behandlung der Perniones mit Diathermie, von R. Grünbaum-Wien. (W. kl. W., 1920, Nr. 1.) Für die intensiveren Fälle dieser Art hat G. seit mehr als Jahresfrist mit sehr befriedigendem Erfolg die Diathermie angewandt, nachdem er mit anderen Mitteln, unter denen er auch Höhensonnenbehandlung erwähnt, nicht zum Ziele hatte gelangen können. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung von Frostbeulen mit Ichthyol, von F. Langer-Wien. (W. m. W., 1919, Nr. 2.) Verf. meint, daß diese Behandlungsart noch lange nicht ihrem Wert entsprechend bekannt ist. Man pinselt das reine Ichthyol auf die affizierten Stellen auf, läßt antrocknen und bedeckt mit einer mäßig dicken Schicht Watte. Nach einigen Tagen läßt man heiß baden und erneuert den Anstrich. Auch bei schweren Erfrierungen ist das Verfahren angebracht. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatologische Ratschläge für den Praktiker, von Prof. Max Joseph. (D. m. W., 1920, Nr. 9.) Besprechung der nervösen Hautkrankheiten (Pruritis, Prurigo, Urtikaria, Herpes zoster, Hyperhidrosis, Pemphigus, Duhring Herpes, gestationis u. a.) und der allgemein üblichen Therapie. de Lemos-Hamburg.

Erfrierung, Verbrennung, Wunden.

Behandlung der Verbrennungen, von Albert Jaensch. (Diss., Berlin.) In der chirurgischen Klinik der Charité wurden von 1912—18 84 Verbrennungen II. und III. Grades behandelt (39 Männer, 27 Frauen, 18 Kinder). Davon starben 2 Männer, 1 Frau, 2 Kinder innerhalb der ersten 36 Stunden. Die Behandlung war im allgemeinen folgende: Kleinere Blasen wurden nicht eröffnet, größere oder schon geplatzte abgetragen. Vorsichtige Entfernung groben Schmutzes und nekrotischer Teile. Von Pulvern kamen in Anwendung: Dermatol, Bismuth. subnitr., Zinkoxyd, Talkum; von Salben: Borsalbe, Zinksalbe, Wismutsalbe, Kombustin, gelbe Salbe, Argentumsalbe, Scharlachrotsalbe. Auch feuchte Verbände mit essigsaurer Tonerde oder physiologischer Kochsalzlösung wurden oft gebraucht. In vereinzelten Fällen wurden angewendet: Wasserstoffsuperoxydverband, Dakinsche Lösung, Zinköl, Ol. lini + Aq. calc. **ää**, Opiumwasserkompressen. Bardella-Brandbinden wurden bei 7 Fällen angelegt, 6 Fälle wurden nur steril verbunden. Dauerbäder kamen bei 7 Fällen in Anwendung, Teilbäder häufig. 2 Verbrennungen wurden teilweise mit Sonnenbädern behandelt, Plastiken waren in 14 Fällen notwendig. Nach 3 Verbrennungen wurden Narbenkeloide beobachtet. F. Weiler-Leipzig.

Tödliche oberflächliche Verbrennungen und Nebennieren. Notiz über das Vorkommen von Nebennierenläsionen in unkomplizierten tödlichen Fällen von ausgedehnten oberflächlichen Verbrennungen, von H. G. Wriskotten-Syracuse, N. Y. (J. Am. m. Assoc., 1917, Bd. 69, Nr. 10.) In den innerhalb weniger Tage tödlich verlaufenden Fällen fanden sich bei der Sektion an den Nebennieren deutlichere und charakteristischere Veränderungen als an den sonst als verändert beschriebenen Organen. Die Nebennieren erscheinen stark geschwollen, tiefrot, das perisuprarenale Fettgewebe ödematös; auf dem Durchschnitt ist an einzelnen Stellen die normale Zeichnung durch ausgedehnte Blutungen verwischt, an anderen zeigen Rinde und Mark rote Striche als

Digitized by Google

Ausdruck der Kongestion der Blutgefäße. Bei der mikroskopischen Untersuchung Kongestion der Blutgefäße mit zerstreuten, zwischen die Parenchymzellen eindringenden hämorrhagischen Herden, die Drüsenzellen blaß-fleckig, stark geschwollen, manche in hydropischer Degeneration. Nekrotische, von polymorphonukleären und endothelialen Leukozyten befallene Zellen sind nicht selten. Das Bild ist, abgesehen davon, daß der Prozeß diffuser ist, vergleichbar der zentralen Nekrose in der Leber des Meerschweinchens bei der Chloroformvergiftung. Die Veränderungen in den Nebennieren sind vergleichbar den in den Nebennieren von einige Tage nach der Anwendung von Diphtherietoxin gestorbenen Meerschweinchen; das läßt vermuten, daß die Veränderungen auf der Tätigkeit eines dem Diphtherietoxin ähnlichen, mehr oder weniger spezifischen, wahrscheinlich in den verbrannten Teilen gebildeten Toxins beruhen.

E. Levin-Berlin.

Über Wundbehandlung, von Hugo Deutsch. (W. kl. W., 1919, Nr. 48.) Die Biersche Wundbehandlungsmethode bei granulierenden Flächen unter Dauerverbänden und unter Abschluß des Sekretes hat Verfasser in ähnlicher Weise schon vor der Bierschen Publikation vielfach angewandt, wenn auch mit etwas anderer Technik. Er weist darauf hin, daß das gleiche Prinzip schon von Naguton (1799) bei dessen bekannter Heftpflasterbehandlung des Ulcus cruris zur Geltung kommt. Während des Krieges hat D. außer den Beingeschwüren auch viele Fälle von Schußwunden, Narbengeschwüren, Knochenfisteln, Weichteilfisteln, granulierenden Wunden nach Inzisionen bei Eiterungen (Phlegmonen, Karbunkeln), Verbrennungen, Erfrierungen dritten Grades, Impetigo und Pyodermie sowie von Geschwüren auf trophischer Basis so behandelt. Die Technik läßt verschiedene Modifikationen zu. Solange Billroth-Battist zur Verfügung stand, wurde die Geschwürsfläche zunächst hiermit bedeckt und des weiteren zum Schutz gegen (oft beabsichtigte) Beschädigung noch mit Billroth-Papier und Pergamentpapier bzw. mit einem Ersatzstoff der Textilfabrik Baron Liebig & Co. in Swarow bei Reichenberg, wobei das deckende Material mit Mastisol an die gesunde Haut festgeklebt wurde. Darüber kam dann gewöhnlich ein Zinkleimverband nach Unna. Statt des Battistes sind auch dünne Zelluloidplättchen sehr gut zu verwenden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Wunddiphtherie, von Philipp Stöhr und Philipp O. Süssmann-Würzburg. (Bruns Beitr., 1919. Bd. 116, H. 3.) Bei einem Falle schwerer nekrotisierender pseudomembranöser Entzündung eines ganzen Amputationsstumpfes, die der von Rust 1842 gegebenen Beschreibung des Hospitalbrandes entsprach, wurden außer Staphylokokken, Kolibakterien und Bacterium pyocyaneum konstant und reichlich Diphtheriebazillen nachgewiesen. Der gezüchtete Diphtheriestamm war morphologisch, färberisch und kulturell typisch, ermangelte jedoch der Meerschweinchenpathogenität. Therapeutisch waren gleichwohl Injektionen von Diphtherieantitoxin sehr erfolgreich; die toxischen Erscheinungen besserten sich sofort, die Membranen stießen sich in wenigen Tagen ab. Die Herkunft der Diphtheriebazillen bleibt unklar.

W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Frage der Wunddiphtherie, von Joachim von Hausen. (Diss., Breslau 1919.) Die Prognose der Wunddiphtherie wird um so günstiger gestellt werden können, je früher das Diphtherieserum zur Anwendung gelangt. Für die lokale Behandlung kommen Umschläge und Salbenverbände zur Anwendung. Bei besonders schweren geschwürigen und gangränösen Prozessen ist die Anwendung der Pyozyanase empfohlen. Da wahrscheinlich auch bei der Wunddiphtherie die Gefahr einer plötzlich auftretenden postdiphtherischen Herzerkrankung noch ziemlich lange bis in die Rekonvaleszenz bestehen bleibt, so ist Bettruhe unbedingt auf längere Zeit auszudehnen und eine genaue Überwachung des Herzens erforderlich. Auch den Rachenorganen ist wegen der öfters beobachteten, sekundär auftretenden Rachendiphtherie erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

F. Weiler-Leipzig.

Zur Frage der Wunddiphtherie, von Kehl-Marburg. (M. m. W., 1919, Nr. 48.) Im Interesse genauer bakteriologischer Untersuchung ist die Ausführung des Tierexperiments bei Wunddiphtherie notwendig. Die Wunddiphtherie ist gleichwertig der Rachendiphtherie bezüglich der Infektionsgefahr für die Umgebung.

G. Heymann-Elbing.

Einige Beobachtungen über Vakzineeinspritzungen bei Schußverletzten zu prophylaktischen und therapeutischen Zwecken, von Läwen und Hesse. (D. Zschr. f. Chir., 1919, Bd. 151, H. 5/6.) Die eingehenden Versuche der Verff. haben im allgemeinen zu dem Resultat geführt, daß Vakzineeinspritzungen ohne Einfluß auf Tem-

Digitized by Google

peratur und Puls und insbesondere auf den Wundverlauf waren und alle Fälle auch ohne Einspritzung den normalen Verlauf genommen hätten; die Vakzinierung kann nur ergänzend zu der restlos durchzuführenden chirurgischen Behandlung treten. Es ist an und für sich schwierig, bei solchen Verletzungen die richtige Vakzine herzustellen, zumal ja hierbei alle möglichen Kokken (Strepto-Staphylokokken) und viele andere Bakterien die Eiterung hervorrufen. W. Chrzelitzer-Posen.

Ergebnisse der offenen Wundbehandlung, von Wilhelm Ulbrich-Stuttgart. (Bruns Beitr., 1919, Bd. 116, H. 4.) Allgemein eignen sich für die offene Wundbehandlung infizierte eitrige, stark zerrissene, klaffende Wunden, auch tiefe breite Höhlenwunden, insbesondere solche mit Knochentrümmern, sowie breite Geschwürsflächen, bei allen Formen von Gasbrand und Verdacht. Seine Ansicht über die offene Wundbehandlung faßt er dahin zusammen: sie ist ein technisches Hilfsmittel der physikalischen Antiseptik, welches die Beobachtung der Wunden erleichtert, den Sekretabfluß verbessert, die Zersetzung der Wundsekrete verhindert und einige Wundbehandlungsmethoden, wie permanente Irrigation und Freiluftbehandlung, gestattet, die ohne offene Wundbehandlung nicht durchführbar ist. W. Chrzelitzer-Posen.

Bewertung neuerer chirurgischer Transplantationsbestrebungen, Bruchsacktransplantation, Deckung eiternder Hautdefekte, Transplantationsimmunität (mit 5 Abb. und 2 Tabellen), von Fr. Keysser-Jena. (Bruns Beitr., 1918, Bd. 110, H. 3.) Die homoplastische Bruchsacktransplantation ist der homoplastischen Epidermistransplantation höchstens gleichwertig und nicht überlegen. Vergleichende Untersuchungen von autoplastischer Epidermistransplantation und homoplastischer Bruchsacktransplantation ergeben entweder einen gangränösen Zerfall des Bruchsackes oder eine scheinbare Anheilung bis in die zweite Woche, mit nachfolgender eitriger Abstoßung bei völliger Anheilung des autoplastischen Epidermistransplantates. Normale gestielte Hautlappen erfahren bei der Überpflanzung auf bakteriell verunreinigte Wunden keine wesentliche Schädigung und vermögen selbst tuberkulöse Granulationswunden zur Ausheilung zu bringen. Eine örtliche Immunität gegen körperfremde Eiweißarten konnten in vitro und in vivo nicht nachgewiesen werden. Durch allgemeine und örtliche Immunisierungen zwischen Geber und Empfänger läßt sich eine scheinbare Anheilung von heteroplastischen Transplantaten erreichen, der jedoch stets Abstoßung des Transplantates erfolgt.
W. Chrzelitzer-Posen.

Bericht über einen Ausbruch von diphtherischer Wundinfektion unter zurückgekehrten Soldaten, von J. G Fitzgerald und D. E. Robertson-Toronto. (J. Am. m. Ass., 1917, Bd. 69, Nr. 10.) Unter 67 von Übersee nach Kanada zurückgekehrten Verwundeten, meist Amputierten, fanden sich in eiternden Wunden bei 32 Diphtheriebazillen. In einem Teil der Fälle scheint die Übertragung durch eine selbst am Finger infizierte Schwester erfolgt zu sein, ein Teil war allerdings schon vor der Ankunft infiziert. Das klinische Bild ist von dem der Infektion mit Staphylococcus pyogenes aureus nicht zu unterscheiden. Der Nachweis der Infektion gelang oft erst nach längerer Zeit.
E. Levin-Berlin.

Über die Verwendung von Ormizet in der chirurgischen Wundbehandlung, von Gustav Freund-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1919, H. 12.) Ormizet — das Präparat stellt eine Verbindung der Ameisensäure und der Tonerde dar — ist in therapeutischer Hinsicht der essigsauren Tonerde überlegen. Die Entzündungserscheinungen gingen schnell zurück und die Wunden reinigten sich gut unter 3%iger Ormizetlösung. Die Behandlung wurde reizungslos vertragen. Auch bei längerem Stehen bleibt die Lösung klar und gebrauchsfertig. de Lemos-Hamburg.

Die sekundäre Wunddeckung im Dienste der Wiederherstellungschirurgie, von Walter-Jena. (D. m. W., 1919, Nr. 49.) Walter empfiehlt zur Abkürzung des Heilungsprozesses großer Wundflächen und zur Erzielung besserer Narben und Funktionen die sekundäre Wundnaht sowie die gute Dienste leistende Bleiplattennaht oder die Deckung mittels gestielten Lappens. Wird in dem Lappen vor der Überpflanzung künstlich eine Entzündung erzeugt, so ist dies für das Anwachsen des Lappens auf der Wunde sehr günstig. de Lemos-Hamburg.

Die Bekämpfung der Wundinfektion in der Kriegs- und Unfallchirurgie durch die operativ-antiseptische Behandlung mit Ausschneidung und Vuzineinspritzung, von Goergens-Diedenhofen. (D. Zschr. f. Chir., 1920, Bd. 153, H. 1/2.) Verf. hat 123 Weichteilwunden, 80 komplizierte Frakturen, 40 Gelenkeröffnungen, 11 Gehirnverletzungen, 21 primäre Amputationen und 12 Gasbrandinfektionen behandelt und kommt zu dem Resultat, daß er jene schweren, unaufhaltsam fortschreitenden und

Digitized by Google

schließlich mit Septikämie endenden Eiterungen, die immer wieder mehr oder weniger große Eingriffe forderten, vermeiden konnte. Das Verfahren setzt sich zusammen aus der Entfernung des beschmutzten und zertrümmerten Gewebes und aller Fremdkörper, und der vor- und nachherigen ausgiebigen Durchspritzung des Wundgebietes mit Vuzin in der Lösung 1 : 10000 bis 1 : 2000. W. Chrzelitzer-Posen.

Impetigoformen, Pyodermien.

Über Ekthyma gangraenosum mit zwei klinischen Beiträgen, von Wilhelm Eitel. (Diss., Berlin 1915; Hautklinik Fabry, Dortmund). Nach Takahashi unterscheidet man die gewöhnliche, die hämorrhagisch-nekrotische, die furunkulöse und die phlegmonöse Form des Ekthyma. Die beiden mitgeteilten Fälle gehören zur hämorrhagisch-nekrotischen Form. In dem ersten Falle (2jähriges Mädchen) ist zunächst die ausschließliche Lokalisation am Kopfe von Interesse. Die scharfbegrenzten, locheisenförmigen, z. T. bis auf den Knochen gehenden Ulzera wiesen im Eiter Bacillus pyocyaneus (Kultur) auf. Der Fall endete verhältnismäßig rasch letal wegen der schweren Kachexie. Deutlicher ausgeprägt war die hämorrhagisch-nekrotische Form im zweiten Falle (10 Monate altes Mädchen). Hier waren besonders Brust und Bauch befallen. Neben den typischen locheisenförmigen Ekthymaefloreszenzen fanden sich auch etwa zehnpfennigstückgroße Bläschen mit blutig-wäßrigem Inhalte. Im Gegensatze zum ersten Falle handelte es sich um ein ziemlich wohlgenährtes, normal entwickeltes, sonst gesundes Kind. Nur das Blutbild bot einiges Interesse. Die Zahl der weißen Blutkörperchen sank innerhalb von drei Tagen von 54000 auf 12000, und zwar fast ausschließlich auf Kosten der neutrophilen, polymorphkernigen, die von 39400 auf 1800 zurückgingen. Beachtenswert war das rapide Umsichgreifen der Ulzera in der Umgebung der Brustwarzen und auf der rechten Bauchseite. Die Sektion zeigte hochgradige Atrophie des Thymus und des gesamten lymphatischen Apparates. In den Ausstrichen von den Ulzerationen waren reichlich Strepto- und Staphylokokken.
F. Weiler-Leipzig.

Zur Nabeldiphtherie bei Neugeborenen, von Max Henkel-Jena. (D. m. W., 1919, Nr. 51.) Nach Beobachtungen an der Jenaer Frauenklinik wurden Diphtheriebazillen im Sekret des Nabeltrichters gar nicht selten nachgewiesen. Die lokalen Veränderungen sind klinisch nicht spezifisch, die Diagnose ist nur bakteriologisch zu stellen. Die Nabeldiphtherie kann primär auftreten oder kombiniert mit Nasen-, Hautdiphtherie usw. Am meisten befallen wurden gesunde, kräftige Neugeborene, deren Allgemeinzustand namentlich anfangs keineswegs auch nur gestört war. — Die Behandlung war rein spezifisch. Es wurden bis 4000 J.E. Serum gegeben bei gleichzeitiger lokaler Anwendung von Serum. de Lemos-Hamburg.

Ekzem, Rosacea, Psoriasis.

Übererregbarkeit des vegetativen Nervensystems im Frühjahr und Ekzemtod, von E. Moro-Heidelberg. (M. m. W., 1920, Nr. 23.) An der Heidelberger Kinderklinik konnte eine gesetzmäßige Häufung der Ekzemfälle um den Februar herum und ein geringer Krankenstand im September festgestellt werden. Die in der Literatur niedergelegten Fälle von Ekzemtod häufen sich ebenfalls im Vorfrühjahr, besonders im Februar. Moro rät daher, in dieser Zeit Säuglingsekzeme nur sehr mild zu behandeln und eine gründlichere Behandlung auf die Sommermonate zu verschieben. Das vegetative Nervensystem ist im „Frühjahr" offenbar übererregbar.
v. Notthafft-München.

Die Veränderungen des Magenchemismus bei Rosacea cum Acne und Acne varioloformis, von Ernst Dümichen. (Diss., Langensalza 1920.) Der Titel besagt, um welche Hautaffektionen es sich handelt. Die Untersuchung geschah durch Probefrühstück und betraf Subazidität, Perazidität und die daraus resultierenden Beschwerden. Die Rosacea der Frauen betraf das 4. und 5. Jahrzehnt, die Akne v. beide Geschlechter im 3. und 4. Dezennium. Verf. zieht keine therapeutischen Schlüsse, sie liegen aber nahe.
Wolff-Wiesbaden.

Einige Bemerkungen über die Internbehandlung der Psoriasis (Quelques mots sur les Traitements internes du Psoriasis), von R. Sabouraud-Paris. (Presse méd., 1920, Nr. 6.) Vor drei Jahren hat Danysz eine Methode der Psoriasisbehandlung angegeben, bei welcher er aus der Flora des Dickdarms ein Vakzin herstellte, welches

Digitized by Google

subkutan injiziert bei einer Reihe von Psoriatikern merkliche Besserung im Gefolge hatte. S. hat diese Behandlungsart auch angewandt, aber nur sehr schwankende Resultate erhalten. Auch das Enesol hat sich ihm nicht als zuverlässig erwiesen, und das gleiche gilt leider noch immer für alle andere in der Psoriasistherapie bisher empfohlene Medikation. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatologische Ratschläge für den Praktiker, von Prof. Max Joseph-Berlin. (D. m. W., 1920, Nr. 7.) Psoriasis vulgaris, Lichen ruber planus, verrucosus, simplex chronicus, scrophulosorum, Acne juvenilis, vulgaris, rosacea, varioliformis, cachecticorum, urticata und Rhinophym werden in bezug auf die übliche lokale und interne Medikation besprochen. Für die Röntgenbehandlung werden genauere Dosen angegeben. de Lemos-Hamburg.

Zur Ätiologie der Psoriasis (Kritik der verschiedenen Theorien), von L. Bory. (Progr. méd., 1920, Nr. 26.) Die allgemeine Annahme des Auftretens der Psoriasis im jugendlichen Alter läßt sich für seine Kriegsfälle nicht aufrechterhalten. Die Möglichkeit der Kontagion ist nicht ganz von der Hand zu weisen, kommt auch für manche familiären Fälle mehr als die Heredität in Betracht. Die verschiedenen Theorien sind: 1. Erkrankung des Nervensystems; dafür wird angeführt Auftreten im Anschluß an heftigen Traumatismus, die gewöhnlich vorhandene Symmetrie und zoniforme Anordnung, Koinzidenz neuropathischer Zufälle, deformierender Rheumatismus, doch ist das alles zu geringgradig für die Erklärung. 2. Ernährungskrankheit; dafür soll die Kombination mit verschiedenen Diathesen sprechen, doch ist das rein theoretischer Natur. 3. Parasitäre Krankheit; dafür spricht morphologisches Aussehen und Anordnung, Entwicklung und Rückbildung, Vorkommen kleiner miliarer Abszesse in der subkornealen Lage des Rete Malpighii, in ätiologischer Hinsicht die auffallende Abhängigkeit von traumatischen Reizen, das nicht seltene Auftreten von meist spärlichen Primärläsionen. Dagegen darf nicht geltend gemacht werden, daß klinisch Kontagiosität und Inokulation fehlt, auch nicht die Seltenheit konjugaler Psoriasis, da es hier wohl an den nötigen Vorbedingungen fehlt; vielmehr spricht dafür gehäuftes Auftreten bei unter gleichen (elenden) Bedingungen lebenden Personen, ferner vom therapeutischen Standpunkt die Art des Reagierens auf antiparasitäre Medikamente (zentrale Involution) und bisweilen bei einer Allgemeinbehandlung Erscheinungen analog der Herxheimerschen Reaktion. Vom biologischen und experimentellen Standpunkt sind schließlich noch anzuführen der Einfluß der Vakzinebehandlung, viele Beziehungen zur Tuberkulose. Die Tatsache der positiven Fixationsreaktion mit dem Serum von Psoriatikern bei Gegenwart eines Antigens „Oospora" läßt die Frage berechtigt erscheinen, ob die Krankheit nicht als eine Pseudotuberkulose der Haut betrachtet werden sollte. E. Levin-Berlin.

Beitrag zum Studium des parasitären Ursprunges der Psoriasis, von L. Bory. (Progr. méd., 1919, Nr. 49.) Für einen derartigen Ursprung spricht entschieden eine Reihe von Tatsachen. Damit eine Infektion zustande kommen kann, müssen gewisse Bedingungen erfüllt werden: eine Verletzung der Haut, eine besondere Sensibilisation des Organismus oder wenigstens der Inokulationsstelle, nahe Verwandtschaft des unbekannten infizierenden Keimes. In einem Falle fanden sich mikroskopisch kleine unregelmäßige Stäbchen, die aber doch wohl Verunreinigungen waren. E. Levin-Berlin.

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra.

Eine neue Dermatose, besprochen auf der Kriegstagung der Berl. Derm. Ges., 26. und 27. III. 18, von Arning. (Separatabdruck, S. Karger-Berlin.) Arning bespricht eine neue Dermatose, bei welcher es sich fast durchweg um ältere, dunkelbrünette Menschen handelt, die gegen Salben sehr empfindlich sind, was A. dadurch erklärt, daß das jetzige Vaselin erhebliche Mengen an Paraffinen enthält. Das gute amerikanische Vaselin erscheint unterm Mikroskop im Dunkelfeld als ein kolloidales Häutchen; beim gewöhnlichen deutschen Vaselin des Handels sieht man ein ausgesprochen kristallinisches Gefüge. Es wird versucht, so namentlich von dem Mineralölwerk Idaweiche, ein richtig kolloidales Vaselin herzustellen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis der Erythrodermia perstans maculosa, von Anton Gudemann. (Diss., Göttingen 1919.) Mit der Bezeichnung Perstans ist die Unheilbarkeit dieser Affektion, welche u. a. auch Parapsoriasis genannt wurde, hervorgehoben. Doch hat Pilokarpin neuerdings in der Herxheimerschen Klinik Heilung ergeben. Jedenfalls ist die Schrift wertvoll als die vollendetste Darstellung, die wir über diese merkwürdige

Digitized by Google

Krankheit besitzen, welche in gewöhnlichen Handbüchern nicht erwähnt wird. (Ref. hat mit konzentrierten Höllensteinpinselungen einen typischen Fall zur Heilung gebracht.)

Wolff-Wiesbaden.

Pityriasis rubra pilaris, von Bonnet und Morenas. (Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 3. Febr. 1920, Lyon méd., 1920, Bd. 129, Nr. 5.) Das junge, seit frühester Kindheit erkrankte Mädchen zeigt im Gesicht erythematosquamöse Plaques mit weißlich-granitfarbenen wie in die Epidermis eingelagerten Schuppen, die behaarte Haut verschwindet unter einem Schuppenlager, die Haare selbst sind nicht ergriffen, auf Vorderarmen und Beinen ähnliche Effloreszenzen wie im Gesicht, jedoch mehr begrenzt und von psoriasiformem Aussehen; Handflächen und in geringerem Maße Fußsohlen zeigen Hyperkeratinisation und Desquamation in der Nähe der Falten. Am typischsten sind jedoch auf dem Rücken, den Schultern, der Oberbauchgegend kleine follikuläre zugespitzte Höckerchen, rotbraun bei direkter Belichtung, wie bereift im Streiflicht, beim Darüberstreichen wie ein Reibeisen sich anfühlend; diese Erscheinungen besonders an der Rückseite der Phalangen. Vorzügliches Allgemeinbefinden. Für den oft behaupteten tuberkulösen Ursprung der Krankheiten finden sich hier keinerlei Anzeichen.

E. Levin-Berlin.

Lichenformen.

Über „Lichen trichophyticus" oder „lichenoide Trichophytide", von Elisabeth Toehl. (Diss., Bonn.) Der „Lichen trichophyticus" oder das „lichenoide Trichophytid" ist ein amykotisches, follikuläres Exanthem, das als Ausdruck eines Immunitätsphänomens, der Allergie, zuweilen bei Menschen mit tiefer Trichophytie (Kerion Celsi der Kinder, Sycosis parasitaria der Männer), auftritt und einem Lichen scrophulosorum sehr ähnlich sein kann. Als „ausgesprochene Kinderkrankheit" darf dieses Trichophytid nicht mehr bezeichnet werden, seitdem es in letzter Zeit auch häufig bei Erwachsenen mit Sycosis parasitaria beobachtet worden ist. Das Fehlen von Pilzen in den lichenoiden Effloreszenzen, die symmetrische Ausbreitung der Knötchen auf beiden Körperhälften, die Schwellung der regionären Drüsen, die stets vorhandene Leukozytose und das gelegentliche Auftreten der Dermatose im Anschluß an Trichophytinapplikation spricht für das Zustandekommen durch hämatogene Toxinzufuhr zur überempfindlichen Haut und veranlaßt Verfasser dazu, in Analogie zum Lichen scrophulosorum als Toxituberkulid den Lichen trichophyticus als ein „Toxitrichophytid" aufzufassen.

G. Heymann-Elbing.

Über Lichen ruber acuminatus, insbesondere einen durch kakodylsaures Natron geheilten Krankheitsfall, von Walter Kriester. (Diss., Leipzig 1919; Klinik Rille.) Typischer Fall von Lichen ruber acuminatus bei einem wohlgenährten, kräftigen 45jährigen Tagelöhner. Die Primäreffloreszenzen traten am Kopf auf. Das Leiden war durch eine schnelle diffuse Verbreitung und heftigen Juckreiz ausgezeichnet. Handteller und Fußsohlen waren ausnahmsweise nicht von der Erkrankung ergriffen. Besondere Komplikationen waren nicht vorhanden. Die Krankheit wurde durch hohe Dosen von Natrium cacodylicum in nahezu einem Jahre geheilt. Patient erhielt 165,81 g Natrium cacodylicum injiziert; dies entspricht einer Menge von 84,4 g Arsen pur. oder 112 g Arsenik. Im ganzen wurden 350 Injektionen verabfolgt.

F. Weiler-Leipzig.

Bullöse Dermatosen.

Epidermolysis bullosa hereditaria, von Al. Bérczi-Budapest. (Orv. Ujsag, 1918, Nr. 6.) Ein seltener Fall. Laut Statistik der Budapester Universitätsklinik fällt auf 18000 Hautkranke ein Fall von hereditärer Epidermolysis bullosa. Ein vierjähriges Mädchen leidet seit seiner Geburt an dieser Krankheit. Auch nach Reizungen reagiert die Haut mit Blasenbildungen (Druck, Reibung, Zwicken). Prädilektionsstellen sind die Hände, Füße, besonders die Zehen, Knie und Ellenbogen. Der Fall ist eine Übergangsform von distrophischer Abart der Krankheit. Neben ausgebreiteten Blasenbildungen sind Vernarbungen, Atrophien und pigmentierte Stellen zu finden. Die Blasen treten zumeist spontan auf und heilen in einigen Tagen spontan ab, ohne Infektion. Laut Angaben der Mutter litt sie auch an dieser Krankheit seit ihrem 24. Lebensjahre. Sie konnte die Schule nicht besuchen, denn sowie sie Stiefel anhatte, bildeten sich Blasen an ihren Füßen.

M. Porosz-Budapest.

Ein Fall von Epidermolysis bullosa dystrophica (congenita), von Peter Meincke. (Diss., München 1917.) Die Erkrankung ist zu scheiden von der durch

Digitized by Google

Köbner 1886 als Epidermolysis bullosa hereditaria bezeichneten Krankheit. Der vorliegende Fall behandelt ein vierjähriges Mädchen, das seit seiner Geburt an einem Blasenausschlag leidet. Das Neugeborene wies bereits zahlreiche Blasen am Körper besonders an Fuß- und Handrücken, auf. Jetzt sind die Erscheinungen an den Ellenbogen, der Schulter- und Glutäalregion, am Knie, an den Händen, besonders an den Fingergliedern, und in der Knöchelregion der Füße am stärksten ausgebildet. Hier sind auch die degenerativ-atrophischen Prozesse am deutlichsten ausgeprägt. Nachdem das Kind sich kurze Zeit ruhig verhalten und selbst vor den geringsten traumatischen Schäden bewahrt wurde, trat schnelle Besserung ein. F. Weiler-Leipzig.

Über einen Impetigo herpetiformis ähnlichen Fall, von Theodor v. Gruchalla-Wesierski. (Diss, Berlin 1919.) Wegen ihrer großen Ähnlichkeit mit Impetigo herpetiformis kommen differentialdiagnostisch in Frage: 1. die Psoriasis pustulosa, 2. die von Hallopeau beschriebene Akrodermatitis continua, die ihren Sitz wesentlich an den Händen und Füßen, besonders an den Zehen und Fingern hat, 3. die Allgemeinsepsis der Haut, ausgehend von einem begrenzten Eiterherde. Verf. beschreibt einen Fall von Sepsis bei einer Frau nach dem Biß einer Gans in einen Finger. Der Fall, der mit Lungeninfarkt und Thrombophlebitis des Beines einherging, endete letal. Bei einem zweiten Fall, der geheilt wurde, handelte es sich vermutlich um eine septische, vom Genitale ausgehende Erkrankung einer Frau. Die Krankheit verlief unter dem Bilde eines Impetigo herpetiformis. F. Weiler-Leipzig.

Zur Kenntnis des Impetigo herpetiformis, von Lisbeth Guttfeld. (Diss., Berlin 1919.) Der mitgeteilte Fall ist bereits von Richter in der Festschrift für Unna beschrieben worden. Bei der 27jährigen Frau entwickelten sich über fünf Jahre nach dem ersten Auftreten der Erkrankung als drittes Rezidiv während der dritten Schwangerschaft — einen Monat nach der Konzeption — an der rechten Wade plötzlich auf gesunder Haut stecknadelkopfgroße Pusteln, die die Patientin sofort auf ein Wiederauftreten der alten Krankheit schließen ließen. In den ersten drei Monaten der Gravidität breitete sich das Exanthem ausschließlich an den Unterextremitäten aus, ging dann allmählich auf den übrigen Körper über. Die Frau kam etwa zwei Monate nach der Geburt eines gesunden Kindes zum Exitus. Das Hautleiden bestand aus miliaren, primär als solchen auftauchenden, oberflächlichen Pustelchen, die während des ganzen Verlaufes und an jeder Eruptionsstelle in der gleichen Form und Weise entstanden. Sie waren stets in Gruppen und Haufen gestellt. Dieselben Effloreszenzen erschienen in Nachschüben an den Randpartien eines älteren konfluierenden oder verkrustenden oder sich ablösenden Herdes in ein- oder mehrfacher Reihe auf entzündlicher Basis, während im Zentrum sofort, oder nach kurzem Stadium des Nässens, Überhäutung stattfand und niemals Ulzeration und Narbenbildung. Der Zusammenhang mit der Schwangerschaft ist nicht zu leugnen. Das erste Mal begann das Leiden im siebenten Graviditätsmonat, das zweite Rezidiv trat vier Tage post partum auf, bei der dritten Wiederholung zeigten sich die ersten Krankheitserscheinungen bereits einen Monat nach erfolgter Konzeption. Bei dem ersten Rezidiv lag angeblich keine Gravidität vor. F. Weiler-Leipzig.

Larynxstenose durch Pemphigus, von Marschik. (W. m. W., 1919, Nr. 46.) Seit zwei Jahren hatte die 65jährige Patientin zeitweilige Nachschübe von Blasen auf der Schleimhaut der Rachen-, Mund- und oberen Luftwege. Im Rachen und Larynx entstanden streifige Narben, die in letzterem zur Stenose führt. Gleichzeitig gibt die Pat. an, früher Lues gehabt zu haben, ihre WR ist positiv. Trotzdem ist anzunehmen, daß die Stenose nicht mit der Lues zusammenhängt. Dafür sind die gesetzten Narben viel zu zart und oberflächlich, sie gehören nur dem Epithel-Subepithelial-Gewebe an. Tiefe Defekte und Narbenstränge, wie sie durch die Syphilis erzeugt werden, fehlen.
H. Vörner-Leipzig.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Über Furunkulose und Furunkulosis und ihre moderne Behandlung besonders mit radioaktiven starken Schwefelbädern in Bad Neundorf, von O. Weber-Bad Neundorf. (Selbstverlag 1919) Verf. empfiehlt besonders für veraltete, hartnäckige Fälle eine vier- bis sechswöchige Behandlung mit den Kurmitteln des Bades.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Thigenol im Kampfe gegen die Furunkulose, von F. Kuhn. (M. m. W., 1919, Nr. 11.) Thigenolanstriche in der Umgebung der Furunkel haben sich in prophylaktischer Hinsicht als wertvoll erwiesen. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Vakzinebehandlung der Furunkulose; Stammvakzine oder Autovakzine? (La vaccination antifuronculeuse; Stock-vaccins ou Auto-vaccins?), von A. Mauté. (Presse méd., 1920, Nr. 7.) Sowohl bei der gewöhnlichen Furunkulose in ihren bösartigeren Formen als auch bei Anthrax hat Verf. seit 1906 bereits die Behandlung mittels Vakzine mit guten Resultaten angewandt. Da die Behandlung sofort bei der Aufnahme des Patienten einsetzen soll, kommen für frische Fälle nur die Stammvakzine in Frage, während zur Bekämpfung der Rezidive bzw. zur Prophylaxe Autovakzine vorzuziehen sind. Im allgemeinen gestaltet sich der Verlauf der Behandlung folgendermaßen: am ersten Tage erhält der Kranke (z. B. bei Anthrax) eine intravenöse Injektion von 10 Millionen Keimen und an den folgenden zwei Tagen je 15 und 20 Millionen; zwei Tage später wird dann noch eine Dosis von 20 Millionen verabreicht, worauf dann nötigenfalls drei Tage später die Behandlung mit dem Autovakzin einsetzt. Dieses Vakzin ist so abgestumpft, daß 500 Millionen Keime im Kubikzentimeter enthalten sind; davon werden in Zwischenräumen von drei bis sieben Tagen sechs subkutane Injektionen zu $^1/_2$—2 ccm gegeben, eventuell daneben gelegentlich wieder eine intravenöse Injektion zu 10 Millionen. Von operativen Eingriffen jeder Art rät Verf. dabei abzusehen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Furunkelbehandlung, insbesondere das Auflösen der Haare zur Rezidivverhütung, von K. Weigert-Sonthofen i. Allgäu. (D. m. W., 1920, Nr. 5.) Verf. wurde von einer sehr hartnäckigen Furunkulose durch Prof. Haegler-Basel in wenigen Tagen geheilt, indem er durch Hautpflege Rezidive verhütete. Zuerst wurde die Furunkelumgebung enthaart (Baryum sulf. 50,0, Amyl. Zinkoxyd āā 25.0 zum Brei mit Wasser anrühren), dann eingefettet, um das Eindringen des virulenten Eiters zu vermeiden. Die Reinigung geschah mit Seifenspiritus. Alkoholumschläge wurden als zu austrocknend, feuchte Umschläge als zu aufquellend verworfen, statt dessen Applikation von trockener Wärme. Das Scheuern des Verbandes wurde durch Einpudern vermieden. Bei Nackenfurunkulose keine steifen Kragen! Nach Abheilung der Furunkel wurde die Haut durch Kleienbäder und Massage mit Salben widerstandsfähiger gemacht. Die Behandlung der Furunkel selber war die übliche. de Lemos-Hamburg.

Die Behandlung der größeren Furunkel und der Karbunkel in den letzten zehn Jahren an der Chirurgischen Klinik zu Greifswald, von Reinhard Jenrich. (Diss., Greifswald 1919.) Bericht über 119 Fälle. F. Weiler-Leipzig.

Zur Vakzinebehandlung der Furunkulose, von Max Jäger. (Diss., Tübingen 1919.) Verf. kommt zu dem Schlusse, daß Opsonogen ein ideales Mittel zur Behandlung der Furunkulose ist. Wolff-Wiesbaden.

Die Akne (Acne vulgaris, Acne rosacea usw.) und ihre Behandlung, von Jessner. (Dermatologische Vorträge für Praktiker; Leipzig und Würzburg 1919, Curt Kabitzsch.) Das bekannte Heft erscheint hier in vierter, sehr verbesserter Auflage. Für den Facharzt bringt es aber nichts Neues. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Röntgenstrahlenbehandlung der Acne vulgaris, von H. H. Hazen-Washington, D. C. (J. Am. m. Ass., 1917, Bd. 69, Nr. 12.) Die Dosis soll gerade unter der Erythemdosis liegen, Filterung erscheint nicht von Vorteil. Die Bestrahlungen erfolgen in dreiwöchigen Abständen, doch wäre es vielleicht noch besser, wöchentlich $^1/_3$ der genannten Dosis zu geben. Von 34 Fällen mit mindestens 2 Behandlungen wurden 12 ganz geheilt (nach drei Monaten ohne Spuren). 15 so gebessert, daß im Verlaufe eines Monats nur 2 oder 3 Pusteln auftraten, 4 deutlich gebessert, hatten jedoch von Zeit zu Zeit Rückfälle, 3 wenig beeinflußt. Die Höchstgabe betrug $3^1/_2$ Dosis. Geschlecht und Alter der Patienten sowie Dauer der Erkrankung waren ohne Einfluß auf den Erfolg. Die Abdeckung der Haare macht manchmal Schwierigkeiten. Überdosierung kann Atrophie und Teleangiektasien bewirken. E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. November 1920 | Nr. 45 | Band 71

Aus dem dermatologischen Ambulatorium der Drs. Delbanco, Haas und Zimmern in Hamburg.

Kurze Bemerkungen zu der Arbeit von Leven „Zur Abortivbehandlung der Syphilis“ in Nr. 24 dieser Wochenschrift.

Von

Dr. F. Zimmern.

Leven wendet sich gegen die apodiktische Behauptung von der Heilung der primären seronegativen Syphilis durch eine Abortivkur. Er kämpft gegen die Gefahr dieses Dogmas und hält die Auffassung Fr. Lessers von der Heilung durch eine Abortivkur bei seronegativer Syphilis in 100% der Fälle für zu optimistisch. Ich kann seinen Skeptizismus vollkommen verstehen, wenn man den Begriff der seronegativen Lues in seinem Sinne auffaßt. Meines Erachtens genügt die Seronegativität bei Beginn der Kur allein nicht. Es kommen für eine sichere Abortivkur nur solche Fälle in Frage, bei denen die Infektion etwa 3—6 Wochen zurückliegt, Fälle, bei denen die SR. auch unter der Therapie niemals positiv wird, bei denen also keine positive Schwankung auftritt.

Daß die Feststellung des Infektionsalters und damit die Eignung eines Falles für die Abortivkur schwierig, ja vielfach unmöglich sein soll, bestreite ich ganz entschieden. Daß der Patient natürlich nicht immer so genaue Angaben über den etwaigen Infektionstermin machen kann, wie es im Felde (1) oder bei der Marine (2) möglich war, muß natürlich zugegeben werden. Es läßt sich aber bei regelmäßiger Prüfung der Serumreaktion innerhalb der ersten 14 Tage der Kur feststellen, ob die Reaktion positiv wird.

Ist die SR. in die positive Schwankung übergegangen, dann sinken die Chancen für eine Abortivheilung durch eine Kur fast auf Null; der Fall ist dann als sekundäre Lues anzusprechen, wie Delbanco und Zimmern (3) ausgeführt haben und dementsprechend weiter zu behandeln. Bleibt aber die SR. auch bei mehrfacher Prüfung während der Kur negativ, so ist die Heilung mit einer Kur in 100% zu erreichen.

In der Marine wurde schon seit 1912 nach diesem Prinzip vorgegangen und die Zahl von über 70 bisher aus der Gennerichschen Abteilung veröffentlichter Fälle von Reinfektion (4) dürfte der beste Beweis für meine Behauptung sein, die Gennerich übrigens seit Jahren betont und verfochten hat und für die er in nächster Zeit ausführliche Belege geben wird.

Digitized by Google

Wird die SR. unter der Therapie positiv, ist aber aus äußeren Gründen nicht festgestellt, so braucht man sich gar nicht zu wundern, wenn man nach entsprechender Zeit irgend ein Rezidiv auftreten sieht. Fälle wie Fall 1 von Leven habe ich eine ganze Reihe gesehen. Es handelte sich hier um eine anscheinend nicht festgestellte positive Schwankung, und das Auftreten eines Akustikus-Neurorezidivs ist gar nichts Absonderliches. Zur Erläuterung sei auf unseren Fall S. (3) verwiesen, der bei negativer SR. 1 g Sulfoxylat und 3 g Neosalvarsan in 10 Injektionen innerhalb 8 Wochen erhalten hatte und nach knapp 2 Monaten ein Meningorezidiv mit 2000 Zellen, positivem Liquorwassermann und starken Eiweißwerten bekam. Patient hatte aber während der Kur eine positive Schwankung von über 3 Wochen und war nicht beizeiten wiedergekommen.

Die Parallele von Levens Fall 2 bietet unser Fall Sch. (3) Primäraffekt SR. —, 10 Spritzen Silbersalvarsan, verzettelt innerhalb 9 Wochen, da Patient unregelmäßig kam, positive Schwankung nicht festgestellt. 4—5 Wochen nach der letzten Spritze Reinduration im alten Schanker, Spirochäten + und schankriforme Papel in der Nähe.

Daß sehr bald nach der Infektion noch vor Auftreten des Primäraffekts Spirochäten in den Lymph- und Blutbahnen kreisen, beweisen die Impfungen Uhlenhuths und Mulzers. Wir dürfen in diesem frühen Stadium mit einer Verankerung, zum mindesten mit einer festen Bindung der Spirochäte im Wirtskörper gar nicht rechnen. Der Erreger ist zu dieser Zeit noch ein Parasit in den Blut- und Lymphbahnen. Wenn die erste Drüsenschwellung eingetreten ist, d. h. wenn die erste Reaktion des Körpergewebes sich bemerkbar macht, gelingt es noch, die nur lose und nur an relativ wenigen Körperzellen verankerten Erreger mit dem Salvarsan zu fassen und sicher zu vernichten. Reichen die Lymphdrüsen allein zum Kampf gegen die Spirochäten nicht mehr aus, wird zur Abwehr das Blut mobil gemacht, d. h. tritt die positive Reaktion auf (Delbanco), dann liegt der Fall für die Therapie erheblich ungünstiger. Die Lues ist in das sekundäre Stadium getreten, und wir müssen die Hebel des therapeutischen Rüstzeugs in anderer Zahl und anderer Richtung ansetzen. Dann können wir nicht mehr von einer Abortivkur sprechen, sondern jetzt kommt die Frühbehandlung in Frage. Unter Frühbehandlung ist eine Reihe von Kuren, ein gewisses für jeden Fall wechselndes Mindestbehandlungsmaß zu verstehen. Daß man mit einer solchen Frühbehandlung, also 2—3 in kurzen Abständen unter genauer Serum- und Liquorkontrolle gemachten Kuren, mit später erfolgender Provokation eine glatte Heilung erzielen kann, zeigen die Reinfektionsfälle aus dem Marinematerial; bezüglich deren sei auf die Arbeit verwiesen (4).

Abortivkur und Frühbehandlung sind nicht identisch, sie sind auseinander zu halten, aber sie gehen ineinander über. Der Zeitpunkt des Übergangs wird bestimmt durch das Auftreten der positiven SR. Unser Bestreben muß sein, auch den sekundären Fall einer definitiven Heilung zuzuführen. Dies kann aber nur erreicht werden, wenn die Diagnose sicher und früh genug gestellt und der ganze Behandlungsplan dementsprechend aufgestellt wird.

Ich bin mit Gennerich und Fr. Lesser der Ansicht, daß eine früh-

Digitized by Google

primäre Lues mit einer Kur sicher geheilt werden kann. Eine sekundäre Lues ist durch 2—3 aufeinanderfolgende Kuren fast immer der völligen Heilung zuzuführen. Bei spätsekundären Fällen liegen die Verhältnisse schon viel ungünstiger, da wir hierbei die meist vorhandenen Liquorveränderungen berücksichtigen müssen, zu deren restloser Beseitigung oft 5—6 kombinierte Kuren und evtl. endolumbale Behandlung erforderlich sind.

Ich glaube, daß Leven zu schwarz sieht und entschieden zu skeptisch urteilt. Ich möchte aber hier nur vor dem Schema bei dem Begriff seronegative Lues warnen und Anregung zu größerem Optimismus in bezug auf die Möglichkeit einer Abortivheilung geben.

Literatur.

1. Eicke, Derm. Zschr., 1919. — 2. Zimmern, Derm. Zschr., 1920. — 3. Delbanco und Zimmern, M. Kl., 1920, Nr. 15. — 4. Gennerich und Zimmern, Derm. Zschr., 1918.

Aus dem dermatologischen Ambulatorium
der Drs. Delbanco, Haas und Zimmern in Hamburg.

Zu Zimmerns Bemerkungen und zur Abortivbehandlung der Syphilis.

Von

Ernst Delbanco.

Zimmern glaubt, durch Verschärfung der Indikationen und Einengung der Fälle, welche für eine Abortivheilung in Frage kommen, 100% Heilung erzielen zu können. Ich teile seinen Optimismus nicht, wie sehr ich auch den Wert seiner bei der Marine gewonnenen Zahlen und Erfahrungen anerkenne. Grundsätzlich stimme ich der Forderung zu, eine neue Methode mit allen Kautelen zu umgeben. Zu den Kautelen der Abortivkur gehört die Beobachtung der positiven Schwankung, vorausgesetzt natürlich, daß der provozierte positive Wassermann dasselbe bedeutet wie der spontan auftretende. Unsere Kritik kann gar nicht weit genug gehen. Für die Kontrolle der positiven Schwankung während der Abortivkur habe auch ich mich eingesetzt[1]). Zimmern und ich verlangen, daß die Fälle, welche während der Abortivkur eine positive Schwankung zeigen, für die Abortivkur sofort ausscheiden.

Es liegt im Rahmen meiner kritischen Haltung, die ich der Salvarsantherapie gegenüber von ihrer Geburtsstunde an bewahrt habe — es sei an die von mir als einem der ersten beobachteten Neurorezidive erinnert —, daß ich die Begeisterung für die neue Abortivheilung[2]) von vornherein nicht geteilt habe. Die theoretischen Stützen, welche v. Wassermann der von ihm und Fritz Lesser inaugurierten neuen Sterilisatio magna

[1]) M. Kl., 1920, Nr. 15. — [2]) Für deren endgültige Beurteilung die Beobachtungsdauer der Fälle noch viel zu kurz ist.

Digitized by Google

mit auf den Weg gegeben hat, sind viel zu schwankend. Da ein Autor wie Felix Pinkus in seinem neuen Buche[1]) über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan schreibt, daß dieser einleuchtenden Theorie sich die meisten Syphilidologen angeschlossen haben, nicht aus theoretischen Gründen, sondern weil sie mit ihrer praktischen Erfahrung übereinstimmt, und daß es nach vielseitig ausgesprochener Ansicht wirklich so zu sein scheint, daß der syphilitische Primäraffekt eine relativ harmlose, heilbare, örtliche Spirillenerkrankung darstellt, deren Heilung in nahezu allen Fällen gelingt, fühle ich mich verpflichtet, aus einer im Februar 1919 erschienenen Arbeit meine dermaligen Einwände noch einmal hervorzuheben.

„Bei den therapeutischen Konsequenzen, welche v. Wassermann zieht, je nachdem im Primärstadium die Reaktion positiv oder noch negativ ist, muß folgendes bedacht werden: Der Ausfall der Wassermannprobe ist noch zu sehr in die Hand des einzelnen Beobachters gelegt, ist bei seinem Ausfall noch zu sehr abhängig von der Art der Untersuchungstechnik, von der Anwendung größerer Serummengen, Verwendung aktiven Serums, Reduktion des Komplements, Kältemethode, Säurezusatz usf. Die Übergänge von negativ zu positiv sind noch zu sehr fließende, die Grenzen zwischen positiv und negativ sind keine haarscharfen. Grenzfälle bleiben immer bestehen. Es brauchte ja nur darauf verwiesen zu werden, daß die neue Sachs-Georgi-Probe aus dem Georg-Speyer-Hause in ihrer Empfindlichkeit nach der Seite der positiven Ausschläge die WR für das Primärstadium noch zu übertreffen scheint[2]). Wie wenig Licht ist bislang in das Wesen der WR gedrungen! Die Annahme von v. Wassermann, daß die Grenze von positiv und negativ im Primärstadium bei dem Zeitpunkte liegt, wo es zu einer reaktiven Tätigkeit der Körpergewebe auf die eingedrungenen Spirochäten kommt, nachdem diese auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn in die Gewebe verschleppt sind, ist doch auch nur eine Hypothese. Die Ausbildung des Primäraffektes und des anatomischen Bubos stellt diesen Gewebskampf schon in gewaltigen Formen dar, was um so mehr ins Gewicht fällt, da in dieser Periode das Blut auch beim negativen WR schon positive Impfergebnisse zeigt. Die biologisch sicherlich sehr wichtige Grenze zwischen positiv und negativ im Primärstadium bleibt vor der Hand eine Tatsache rein praktischer Erfahrung. Wenn die Roseola in ihren schwächsten Anfängen auf der äußeren Haut sichtbar wird, wenn die nächtlichen Kopfschmerzen heraufziehen und, wie ich mich als erster vor vielen Jahren ausdrückte, eine Roseola der Meningen anzeigen, so liegen heute genügend anatomische Untersuchungen vor, um zu wissen, daß beide Symptome schon beträchtliche entzündliche Vorgänge an äußerer Haut und Meningen bedeuten, deren histologischer Beginn schon viel länger zurückliegen kann und, was wir gar nicht wissen können, zurückzureichen vermag in die Zeit des negativen Ausfalls. Es sei auf die bekannte klinische Erscheinung hingewiesen, daß man oft im späten Primärstadium bei noch negativer WR und ohne daß ein Exanthem sichtbar ist, nach der ersten Hg- oder Salvarsaninjektion ein deutliches und oft sehr ausgedehntes makulöses Exanthem auftreten sieht, das als Provokation, als Herxheimersche Reaktion von schon ins Gewebe metastasierten Spirochätendepots aufzufassen ist".

Pinkus nimmt von meinen Einwänden ebensowenig Notiz wie von den auf viel breiterer Basis stehenden Überlegungen von Leven[3]), welche die in der experimentellen Tiersyphilis gewonnenen Tatsachen mit berücksichtigen. Ganz kürzlich hat Leven gemeinsam mit Meirowsky[4]) über mißlungene Abortivbehandlung der sog. primären seronegativen Lues berichtet. Die beiden Autoren brechen über die Abortivbehandlung den Stab. In ihren 6 Fällen war es dreimal zu Neurorezidiven gekommen, in einem Fall zu einer Reinduration, in einem zu ausgebreiteten Plaques.

[1]) Karger, 1920. — [2]) Über diese Frage ist die Diskussion noch in breitem Fluß. Vgl. hierzu auch die bald erscheinende Unna-Archiv-Festschrift. — [3]) D. m. W., 1919, Nr. 31; Derm. W., 1920, Nr. 14. — [4]) M. m. W., 1920, Nr. 36.

Digitized by Google

In den kurzen Krankengeschichten findet sich nicht die Angabe, ob während der Kur auf die positive Schwankung geachtet wurde.

In der Sitzung des Ärztlichen Vereins zu Hamburg habe ich in der Diskussion zu Vorträgen von JAKOB und KAFKA über atypische Paralyse im Juli 1920[1]) zu den Fragen der Abortivbehandlung mich geäußert und über Erfahrungen berichtet, die, so vereinzelt sie auch dastehen mögen, mir doch von schwerwiegender Bedeutung zu sein scheinen. Es handelt sich um mißlungene Abortivkuren und Frühbehandlungsfälle, bei welchen schwere ausgebreitete Sekundärsymptome auftraten bei negativem Wassermann. Sekundärsymptome, wie ulzerierende Plaques, rupiaartige Formen usf., ohne einen begleitenden positiven Wassermann bedeuten eine solche Verschiebung der Klinik der Syphilis, eine solche Veränderung des normalen Ablaufes, daß ich geneigt bin, solche Fälle schon der Lues gravis zuzurechnen. Das Fehlen des positiven Wassermann bei der Lues maligna ist ja etwas Bekanntes. Einer meiner Fälle liegt z. Z. darnieder an einem schweren Meningorezidiv ohne irgend welche äußeren Symptome der Haut, nachdem das papulöse Rezidiv nach der von HAAS geleiteten Abortivkur[2]) abgeklungen war. Beide Rezidive bei völlig negativem Wassermann.

In der EHRMANN-Festnummer der „W. m. W."[3]) berichtet FISCHL über Luesrezidive während oder knapp nach der üblichen kombinierten Hg-Salvarsanbehandlung. Als auffallend in allen seinen Fällen bezeichnet er den negativen Ausfall der Wassermannreaktion trotz der Rezidive. Er sieht darin kein besonders bedrohliches Symptom, nimmt an, daß die positive Serumreaktion durch Komplementoide verdeckt war. Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch auf einen Passus in der Arbeit von LEVEN und MEIROWSKY zurückkommen, in welchem sie meinen und ZIMMERNS Vorschlag, die sekundäre Lues bei dem Auftreten der positiven WR beginnen zu lassen, für „nicht diskutabel" erklären. Sie lehnen unseren Vorschlag deswegen ab, weil selbst die verfeinertsten Methoden die Grenze zwischen positiv und negativ niemals als haarscharf ergeben werden, da nach ihrer und vieler anderer Autoren Ansicht das Wesen der WR darauf beruht, daß bei der Wechselwirkung zwischen Spirochäten und Körperzellen Stoffe gebildet werden, welche ins Blut abgeschieden werden. Erst eine bestimmte Menge und Konzentration dieser Stoffe ergeben den positiven Ausschlag. Diese Auffassung ist doch nichts weiter als eine Hypothese, meines Erachtens eine sehr folgenschwere Hypothese, weil nach ihr der negative Wassermann niemals das Vorhandensein solcher Stoffe ausschließen läßt, wie die Autoren selbst ausführen. Den positiven Wassermann ausschließlich als Ausdruck dessen zu betrachten, daß die Wassermann-Substanzen eine bestimmte Anhäufung erfahren haben, bedeutet meines Erachtens den Tod der Wassermann-Probe als prognostischen, diagnostischen, überhaupt unser ganzes ärztliches Handeln beeinflussenden Momentes.

Hypothese ist allerdings auch ZIMMERNS und meine Auffassung, daß die positive WR in viel breiterer als bisher üblicher Fassung nur besagt,

---

[1]) Hamb. Ärztekorr., 1920, Nr. 43. (Erscheint gekürzt auch in der D. m. W.) — [2]) Auf die positive Schwankung war in diesem Fall leider nicht geachtet worden. — [3]) 1920, Nr. 30/31.

Digitized by Google

daß das Lymphdrüsenfilter nicht mehr hält, und daß zum Kampf gegen die Spirochäten das Blut als solches aktiv oder passiv auf dem Plan erscheint. Diese Grenze der Mobilmachung des Blutes muß allerdings eine haarscharfe sein. Mit dieser Hypothese verträgt sich schlankweg, daß in der Primärperiode vereinzelte Spirochäten bereits im Blut erscheinen und in andere Organe geschleudert werden.

Sehr diskutabel, direkt revolutionierend ist hingegen der Vorschlag von Meirowsky und Leven, nur ein einziges Stadium der Lues gelten zu lassen. „Man spreche deshalb am besten von einem primären Symptom der Lues mit negativer und positiver WR, von Roseolen, Papeln, tuberösen, ulzerösen, gummösen Erscheinungen der Syphilis, um dadurch nicht nur die klinischen Unterschiede, sondern auch die durch die Dauer der Infektion bedingte verschiedene Reaktion des Gewebes auf die Spirochäten zum Ausdruck zu bringen."

Wenn schon gegen meinen und Zimmerns Vorschlag, die sekundäre Lues mit dem positiven Wassermann beginnen zu lassen, liebgewordene Gewohnheiten klinischer Einteilung ins Feld geführt werden, so dürfte Levens und Meirowskys umstürzlerischer Schritt noch viel mehr Widerstand von seiten der Ärzte finden, welche, noch fest in der rein klinischen Betrachtungsweise der Syphilis wurzelnd, zweifellos ein Recht haben, bewährten Boden zu verteidigen zu einer Zeit, wo Hypothesen und Anschauungen, therapeutische Begeisterung und ernste Skepsis in dem beispiellosen Fluge schöpferischer Arbeit auf Neuland sich ablösen.

Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses Altona (Prof. Bruck).

Zur intravenösen Behandlung gonorrhoischer Prozesse mit Trypaflavin und Silberfarbstoffverbindungen.

Von

Prof. Dr. Carl Bruck.

In Nr. 34 der Derm. W. 1920 berichten Patzschke und E. Wassermann über ihre an der Unnaschen Klinik angestellten Versuche mit intravenöser Argoflavinbehandlung bei Gonorrhoe. Da wir ebenfalls seit längerer Zeit mit derartigen Versuchen beschäftigt sind und die genannten Autoren zu weiteren Beobachtungen an größerem Krankenmaterial auffordern, möchten wir mit einigen Worten unsere Resultate mitteilen, zumal unsere im wesentlichen leider negativen Ergebnisse mit den Erfahrungen von Patzschke und Wassermann übereinstimmen.

Zur Behandlung herangezogen wurden männliche und weibliche Patienten mit einfachen und komplizierten Gonorrhoen (Epididymitis, Arthritis, Adnexitis usw.). Entsprechend dem Prinzip dieser „chemotherapeutischen" Versuche, wurde als objektiver Maßstab für den Erfolg oder Mißerfolg der Therapie in erster Linie der täglich kontrollierte Gonokokkenbefund in den Sekretpräparaten gewählt. Klinische

Digitized by Google

Besserungen (Nachlassen der Schmerzen, Sekretion der etwa vorhandenen Schwellungen, Klärungen des Urins) wurden nur dann als Erfolg der Therapie bewertet und nicht als allein durch den Krankenhausaufenthalt an sich bedingt angesehen, wenn sie mit einer gewissen Regelmäßigkeit zu beachten waren. Jegliche lokale oder sonstige Behandlung wurde natürlich während der intravenösen Therapie fortgelassen, denn — auch hierin stimmen wir Patzschke und E. Wassermann zu — eine gleichzeitig kombinierte Lokaltherapie erschwert die Beurteilung derartiger Versuche, daß uns solchermaßen erhobene Erfolge äußerst fraglich erscheinen.

Die Präparate Trypaflavin, Sanoflavin und Argoflavin wurden uns in liebenswürdiger Weise von der chem. Fabrik Casella, Frankfurt a. M. zur Verfügung gestellt.

a) Trypaflavin. Ein Teil der Fälle wurde täglich mit 0,5 %iger Lösung, vormittags und nachmittags je 50 ccm (also 100 ccm pro die) injiziert. Später gingen wir bei einem anderen Teil der Fälle nach dem Vorgang von Spiess zu 2 %iger Lösung über, von der wir steigend 10—20—30—40 ccm pro die täglich verabfolgten. Bei dieser Höchstdose = 0,8 g pro die wurde tagelang geblieben. Außer bei zwei Frauen, bei denen nach der ersten bzw. dritten Injektion Übelkeit und Erbrechen auftraten, haben wir irgend welche lokale oder allgemeine Störungen nie gesehen. Ein Einfluß auf die Gonokokken oder das mikroskopische Bild der täglich angefertigten Präparate wurde in keinem Falle beobachtet. Klinisch fiel lediglich die ziemlich regelmäßige Klärung des Urins auf, besonders in Fällen von Mischinfektionen, wie wir dies auch schon früher bei einigen Fällen von Kolizystitis und Bakteriurie beobachtet hatten (siehe auch die analogen Beobachtungen Bohland, Lewin, Patzschke und E. Wassermann).

b) Sanoflavin. Täglich zweimal früh und nachmittags je 0,25 : 50 intravenös. Keine Nebenerscheinungen. Klinisch und mikroskopisch keinerlei Einfluß.

c) Argoflavin. Täglich zweimal je eine Ampulle 0,25 : 50 ccm. Hierbei traten bereits am zweiten, spätestens am dritten Tage stärkste und teilweise recht schmerzhafte Verhärtungen der Venenwand auf, die in einem Falle so hochgradig war, daß die injizierte Vene als derber Strang bis in die Achselhöhle zu fühlen war. Die ausfällende Wirkung der Lösungen auf das Blut, die Patzschke und E. Wassermann beschreiben, konnten wir ebenfalls beobachten. Einmal wurde Albuminurie konstatiert, die nach Aussetzen der Injektionen aber bald wieder verschwand. Im Höchstfall konnten wir aus den angegebenen Gründen nur 7 Injektionen verabfolgen. Ein klinischer Effekt oder ein Einfluß auf die Gonokokken konnte nicht konstatiert werden. In einem Falle verschwanden am zweiten und dritten Behandlungstag die Gonokokken aus dem Urethralsekret, aber am vierten Tage hatte sich trotz Fortsetzung der Injektionen eine Epididymitis entwickelt, und die Erreger waren in den nächsten Tagen in großer Menge wieder nachweisbar. Natürlich kann die Schuld für die eintretende Komplikation nicht auf Kosten des Argoflavin gesetzt werden, sondern es lehrt dieser Fall nur, daß der vorübergehend negative Gonokokkenbefund nur eine Folge der

Digitized by Google

beginnenden akuten Nebenhodenentzündung war (eine Erscheinung, wie sie ja im Beginn einer Epididymitis ganz geläufig ist) und daß die intravenöse Behandlung noch nicht einmal imstande war, die Entwicklung der Komplikation zu verhindern.

Ähnliche Venenschädigungen und gleiche Wirkungslosigkeit sahen wir in solchen Fällen, die täglich mit einer intravenösen Infusion von 0,25 Argoflavin : 250 ccm destilliertem Wasser behandelt wurden.

In Anbetracht der schon mit der stärkeren Lösung beobachteten Mißerfolge haben wir weitere Versuche mit schwächeren Konzentrationen, wie sie Patzschke und E. Wassermann ausgeführt haben, nicht gemacht.

d) Argochrom (Merck) Methylenblausilberverbindung. Täglich 0,2 g gelöst in 20 ccm destilliertem Wasser intravenös. Sehr gut vertragen, keine lokalen und allgemeinen Störungen. Auf Gonokokken und klinische Erscheinungen kein Einfluß.

In diesem Zusammenhang erwähnen möchte ich nur, daß auch Versuche mit Hegononlösungen intravenös und — einer Anregung von M. Mayer und E. Delbanco entsprechend — mit Tartarus stibiatus Erfolge nicht gezeitigt haben.

Betrachten wir diese völlig negativen Resultate mit Trypaflavin und Silberfarbstoffverbindungen bei Gonorrhoe[1]) und ziehen wir die nach unsern Erfahrungen bei dieser Erkrankung äußerst zweifelhaften Erfolge mit kolloidalen Silberpräparaten in Betracht, so müssen wir mit Bedauern feststellen, daß wir von einer aussichtsreichen Chemotherapie der Gonorrhoe auf intravenösem Wege noch weit entfernt sind. Berücksichtigen wir ferner, daß auch bei anderen Infektionskrankheiten die Erfahrung gezeigt hat, wie schwer gerade bakterielle Schleimhaut- und Drüsenprozesse durch ein chemisches Agens auf dem Blutwege zu beeinflussen sind, so können die Schwierigkeiten, die einer erfolgreichen Chemotherapie gerade bei Gonorrhoe entgegenstehen, nicht gering bewertet werden, zumal der Tierversuch bei dieser Infektion unmöglich ist. — Und doch bleibt die Lösung dieser Frage — wie auch Leven (Derm. W., Nr. 34) mit vollem Recht betont, ein Ziel, aufs innigste zu wünschen!

[1]) Daß diese negativen Resultate sich nur auf Gonorrhoe und gon. Komplikationen beziehen und die von zahlreichen Autoren beobachteten günstigen Wirkungen des Trypaflavins und der Silberfarbstoffverbindungen bei anderen bakteriellen Prozessen in keiner Weise herrühren, sei ausdrücklich festgestellt. — So wird man z. B. auch nach unsern Erfahrungen das auch in hohen Dosen gut vertragene Trypaflavin bei nichtgonorrhoischen bakteriellen Blasen- und Nierenbeckenprozessen und bei Mischinfektionen mit Erfolg heranziehen können!

Digitized by Google

Zur Technik der Terpentinbehandlung von Hautkrankheiten.

Von

J. Appel in Altona.

Mit einer Abbildung im Text.

Die von Klingmüller in die Dermatotherapie eingeführten Terpentineinspritzungen haben sich allmählich solchen Anhang verschafft, daß sie wenigstens für die schon von Klingmüller als ihr besonderes Wirkungsgebiet bezeichneten Entzündungen und Eiterungen nicht mehr zu entbehren sind. Ich will an dieser Stelle weder von neuem die Krankheiten einzeln aufführen, welche durch Terpentineinspritzungen günstig beeinflußt werden, noch auf die Theorien der Wirkung eingehen, sondern nur einen Beitrag liefern, um die Einspritzungen noch sicherer schmerzlos machen zu können.

Bei jeder Technik erlebten wir es bisher, daß aus nicht immer erkennbaren Gründen einzelne Einspritzungen heftige Schmerzen machten.

Auch bei Terpichin aus sterilen Ampullen kommt es, wenn auch seltener, vor. Die nebenstehend abgebildete Spritze, welche ich vor einiger Zeit in einer Sitzung der Hamburg-Altonaer dermatologischen Gesellschaft vorzeigte, setzt uns in den Stand, mit Sicherheit Terpentin am besten als Terpichin stets schmerzlos einzuspritzen.

Es handelt sich um das ursprüngliche Modell der Pravazschen Spritze, deren Kolben nicht durch Schieben, sondern durch Drehen eines Gewindes bewegt wird. Ferner ist der Knopf des Stempels durch eine größere in vier Teile geteilte Kreisfläche ersetzt. Dadurch erreicht man zwei Vorteile. Erstens ist jeder stärkere Druck beim Einspritzen ausgeschaltet. Wenn man noch so schnell dreht, tritt die Flüssigkeit immer nur tropfenweise aus der Nadelspitze heraus. Zweitens ist die Dosierung so fein zu machen, wie sonst auf keine Weise. Wenn man nach dem Einstechen der vollgesogenen Spritze eine Vierteldrehung des Kolbens macht, treten zwei Tropfen der 15 % Terpentinöl enthaltenden Terpichinlösung an der Spitze der Nadel heraus.

Ich bestätige bei dieser Gelegenheit Klingmüllers Mitteilung, daß es nicht auf die Menge des Terpentinöls ankommt. Schon sehr kleine Mengen haben eine deutliche Heilwirkung. Die Nadeln müssen aus nicht rostendem Material sein, Stahlnadeln sind zu verwerfen. Die Stärke der Nadel braucht nur die für 1-ccm-Spritzen übliche zu sein. Es ist

Digitized by Google

auch nicht nötig, nach der ursprünglichen Vorschrift auf das Periost zu spritzen. Wenn auch die Terpichinlösung in die Muskulatur oder in das Glutäalfett gelangt, die Schmerzlosigkeit bleibt dieselbe.

Die Spritze wird nach meiner Angabe angefertigt von dem Instrumentenmacher Schattschneider in Hamburg, Colonnaden 92.

Mitteilungen aus der Literatur.

Erysipel, Phlegmone usw.

Über die Infektiosität des Erysipels während der Rekonvaleszenz, von Edmund Nobel und Josef Zilczer. (M. Kl., 1918, Nr. 20.) Ausgehend von der Erfahrung, daß beim Scharlach gerade die Zeitperiode der Rekonvaleszenz für die Weiterverbreitung der Krankheit gefährlicher erscheint als das Höhestadium, stellten die Verfasser während einer Erysipelepidemie Versuche an, wie es in dieser Hinsicht mit dem Erysipel stehe. Die spärlichen Angaben in der Literatur waren teils unentschieden, teils widersprechend. Zu ihren Versuchen brachten die Verfasser die Schuppen Erysipelkranker vom Beginn der Abschuppung bis zum 21. Tage direkt oder nach Abspülung mit physiologischer Kochsalzlösung auf geeignete Nährböden, bestimmten bei den aufgegangenen Streptokokken die Form, und stellten dann fest, ob dieselben zur Gruppe der Hämolyse erzeugenden gehören; daran schloß sich der Tierversuch. Das Resultat war folgendes: Die Schuppen Erysipelkranker können bis 3 Wochen nach der Entfieberung hämolytische Streptokokken enthalten, so daß eine Übertragung der Krankheit durch die Schuppen möglich erscheint, wobei allerdings Disposition, fehlende Intaktheit der Haut usw. eine große Rolle spielen. Wie lange diese Übertragungsmöglichkeit andauert, konnte vorderhand nicht festgestellt werden. O. Lasch-Breslau.

Behandlung des Erysipels durch Einführung von Jodionen in die Haut (Iontophorese), von K. F. Beck-München. (M. m. W., 1919, Nr. 51.) Der Krankheitsherd wird mit Tupfern belegt, die in 1%ige Jodjodkalilösung getaucht waren und durch Platten elektrisch mit der Kathode verbunden. Stromstärke 0.1 MA auf den Quadratzentimeter Tupferfläche. Dauer 5 Min. 2 mal tägliche Anwendung. Nach der Iontophorese Bepinseln der Haut mit Lugol. Fortsetzung der Kur nach dem Sinken des Fiebers, um Rückfälle zu vermeiden. Die Erfolge sind günstig. Ein Nachteil ist bei ausgebreiteten Erkrankungen die übermäßig lange Dauer der Sitzungen.

v. Notthafft-München.

Laryngitis submucosa und Erysipel, von R. Imhofer-Prag. (W. kl. W., 1919, Nr. 51.) Bei einer 40jährigen Frau fand sich in der Gegend des rechten Kriko-arythenoid-Gelenks eine kugelige Schwellung von blasser, ödematöser Beschaffenheit. Rechtes Stimmband in Medianstellung fixiert. Am folgenden Tage setzte Fieber ein, und es entwickelte sich unter Steigerung der Kehlkopfaffektion ein typisches Erysipel am Gesicht und Kopfe, das aber schließlich mit vollständiger Heilung endete. Der Kehlkopfprozeß ist nach I.s Auffassung nicht erysipelatös gewesen, hat aber höchstwahrscheinlich die Entstehung der erysipelatösen Infektion vermittelt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung des Rotlaufs, von Bardachzi. (D. m. W., 1919, Nr. 45.) B. hat im Przemysler Infektionsspitale 304 Fälle von Erysipel zu behandeln gehabt. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt er zu dem Schluß, daß weder die Behandlung mit kolloidalen Silberpräparaten, noch die Rotlichtbehandlung den Krankheitsverlauf günstig beeinflußt. Mit Rücksicht auf diese Erfahrungen ging B. bei den letzten 183 Fällen zu der früher geübten symptomatischen Behandlung über. Die Kranken erhielten feuchte Umschläge mit verdünnter Burowscher Lösung auf die erkrankten Hautpartien und innerlich mehrmals täglich Aspirin mit Koffeinzusatz. In schweren Fällen wurde auch Digitalis verabreicht. E. Brinitzer-Altona.

Über Rotlaufbehandlung, von K. Hochsinger-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 8.) Die von anderer Seite (Leube, Arneth) schon empfohlene Behandlung des Erysipels mit Karbolöl hat H. bei 260 Fällen durchgeführt und sämtliche Patienten am Leben erhalten. Die erkrankten Partien werden mit 5%igem Karbolöl eingepinselt und dies täglich mehrmals wiederholt, sobald das Öl von der Haut aufgesaugt worden ist. Nebenbei werden die Ränder des befallenen Gebietes mit Terpentinkollodium alle 3 Stunden

Digitized by Google

dick bestrichen, bis sich eine abgrenzende Vertiefung jenseits des Überganges zwischen rotlaufkranker und gesunder Haut einstellt. Nebenbei wurden hydrotherapeutische Einpackungen und Waschungen nebst kleinen Dosen Phenazetin, Koffein und Digitalis verabreicht. Wichtig ist es, die erkrankten Partien völlig frei von jedem Druck zu erhalten. Verf. legt auch besonderen Wert auf sorgfältige Erhaltung der Körperkräfte.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Gangrän von Skrotum und Penishaut nach Erysipel und plastische Versorgung der Genitalien, von SEEMANN-Koblenz. (D. Zschr. f. Chir., 1919, Bd. 150, Heft 3/4.) Verfasser beschreibt einen Fall von ausgebreitetem Erysipel, der außer zur Gangrän auch zu fortschreitenden subkutanen Eiterungen führte. Es handelte sich um eine Kombination von phlegmonösem und gangräneszierendem Erysipel. Der Bakterienbefund der Punktionsflüssigkeit ergab Streptokokken in Reinkultur. Verf. sieht die Ursache für die Gangrän des Skrotums in einer Thrombosierung der Gefäße und hält diese Thrombose für bakteriotoxisch. Die Gangrän wäre hier Infektionsfolge im eigentlichsten Sinne. Die Therapie bestand neben den üblichen Behandlungsmethoden in einer Punktion des Hodensackes. Das Skrotum und die Penishaut waren bis auf einen schmalen Streifen des Präputiums brandig geworden. Nach Abtragung alles toten Gewebes lagen Hoden und Samenstränge bis auf die Tunica cremasterica, das Glied bis auf die Fascia penis entblößt vor. Den Faszien folgend entwickelten sich subkutane Eiterungen, überall waren Faszien und Aponeurosen in der Eiterung eingeschmolzen. Nach Abklingen aller äußeren Erscheinungen suchte Verfasser die Defekte zu schließen. Der rechte Hoden wurde kastriert, der linke in das präperitoneale Fett verlagert. Die Deckung des Penis geschah durch Lappen aus Damm und Unterbauch in Verbindung mit den Resten des Präputiums.
W. Chrzelitzer-Posen.

Über künstlich erzeugte Phlegmonen, von ED. WALDSTEIN-Wien. (W. m. W., 1919, Nr. 36 u. 37.) Es handelt sich um Prozesse, die ihren Ausgang von einem mehr oder weniger seicht unter der Haut gelegenen Herd nehmen, der allmählich erweicht und durch Nekrotisierung, nicht durch eitrige Einschmelzung, die Haut in den Krankheitsprozeß einbezieht. Die Substanz, durch welche diese Phlegmonen erzeugt wurden, war Petroleum, das sich die Betreffenden von ihren Kameraden einspritzen ließen. Die Erkrankung wurde 45mal an den unteren Extremitäten beobachtet, hiervon 37mal am Unterschenkel und 6mal am Unterarm. Niemals konnte man sie am rechten Arme finden, niemals an der Hand, wo sonst Phlegmonen entsprechend den Arbeitsverletzungen am häufigsten vorkommen. Prognostisch zeigten die Injektionen in fettreiches Gewebe eine kürzere Krankheitsdauer als Fälle, in denen sie an solchen Stellen erfolgte, wo die Haut der Unterlage fest aufliegt, wie an den Knöcheln. Weiter war von Bedeutung die Menge der injizierten Flüssigkeit und die Tiefe der Einspritzung. Der Verlauf zeigte drei Stadien: Infiltration unterhalb der Haut, Entzündung derselben und Nekrose. Die bakteriologische Untersuchung ergab in der Hauptsache sterile Fälle entsprechend der artefiziellen Ursache. Im histologischen Bilde fiel besonders die Bildung von Hohlräumen und herdförmigen Nekrosen auf. Bei Inzisionen ins Gewebe konnte wiederholt ein Geruch nach Petroleum festgestellt werden. Die Folgen der Nekrose sind Granulationsflächen mit kallösen Rändern von schlechter Heilungstendenz. Therapeutisch erwies sich als bestes Mittel zur Abkürzung des Heilungsverlaufes die Exzision der Infiltrate und nachfolgende Vernähung der Wunden.
H. Vörner-Leipzig.

Über chemische Phlegmone (nach Benzineinspritzung), von KAUSCH. (D. m. W., 1919, Nr. 23.) Ein Kollege hatte sich aus Versehen statt Morphium etwa 1,3 ccm Benzin aseptisch unter die Haut des linken Oberarms eingespritzt. Gleich nach der Injektion setzten heftige Schmerzen ein, am nächsten Tag schwoll der Arm auf das Doppelte an, die Temperatur stieg bis auf 39,8. Jedenfalls geht daraus hervor, daß auch aseptische Einspritzungen von chemischen Mitteln Phlegmonen bzw. Abszesse hervorrufen können.
E. Brinitzer-Altona.

Die Entwicklung der Panaritiumbehandlung mit Einschluß eines neuen Verfahrens beim subkutanen Panaritium, von FRITZ RIESENFELD. (Diss., Berlin 1919.) Während am übrigen Körper die Bindegewebsfasern fast parallel der Hautoberfläche verlaufen, ganz spitzwinklig die Kutis erreichen und durch ihre Länge die große Verschieblichkeit der Haut bedingen, ziehen an der Handfläche und den Fingern straffe, kurze Faserbündel von der Palmarfaszie und ihren Ausläufern senkrecht zur Kutis hin. Zwischen sich fassen sie ein zartmaschiges, fettreiches, träubchenartiges Bindegewebe. In einem Gewebe solcher Struktur werden Zirkulationsstörungen, wie sie jede Entzündung begleiten, sich in ganz besonderem Maße geltend machen. Der Druck, den das ent-

Digitized by Google

zündliche Ödem in diesen starren Bindegewebskämmerchen erzeugt, wird ein recht beträchtlicher sein, und der Entzündungsschmerz ist sehr groß, ähnlich dem in starren Höhlen. Man hat die durch die starke Zirkulationsstörung bedingte Ernährungsstörung für das rasche Entstehen der Nekrosen beim subkutanen Panaritium mitverantwortlich gemacht; wenn auch der größere Teil der Schuld an der Degeneration und Gewebsnekrotisierung den gleichzeitig einwirkenden Bakteriengiften beizumessen ist. Nur in seltenen Fällen bilden sich die entzündlichen Erscheinungen noch vor der Ausbildung der Nekrosen zurück. Gewöhnlich kommt es rasch, nicht selten innerhalb weniger Stunden zur Gewebsnekrose. Bei der Behandlung des subkutanen Panaritiums beginnt man in jedem Falle, der ein chirurgisches Eingreifen überhaupt notwendig macht, mit einer tangentialen oder muldenförmigen Abtragung der deckenden Weichteile über dem Panaritium nach Chloräthylgefrierung. Die tangentiale Abtragung gewährt nicht nur eine bessere Übersicht über die allgemeine Ausbreitung des Prozesses, insbesondere über die Ausdehnung vorhandener Nekrosen in der Fläche, sondern schafft von vornherein bessere allgemeine Wundverhältnisse. Bestehen trockene Nekrosen, so müssen dieselben gleich anschließend exzidiert werden. Dadurch wird die Heilungsdauer um die ganze Zeit, die sonst mit der seibsttätigen Demarkation der Nekrose hingeht, abgekürzt. Zugleich werden die drohenden Gefahren der Weiterausbreitung mit einem Schlage auf ein Mindestmaß beschränkt, ja, man darf sagen, beseitigt. Bei Übergreifen der Nekrose auf die Knochensubstanz muß dieser Teil der Nekrose natürlich zurückbleiben und nach den Grundsätzen für das ossale Panaritium behandelt werden. F. Weiler-Leipzig.

Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Elefantiasis mittels Handleys und Kondoleons Methode, von Adolf Czech. (Diss., Breslau 1919.) Fall von ausgedehnter Elefantiasis des Beines bei einer Frau, die durch gleichzeitige Anwendung obiger Methoden operiert und im Anschluß durch Hochlagerung und Fibrolysin nachbehandelt wurde. An der Innenseite des Oberschenkels wurde ein 30 cm langes Stück Haut mit der Faszie herausgeschnitten, ebenso an der Wade. Drei Handleysche Seidenfäden wurden vom oberen Rande des Knöchels an der Innen- und Außenseite bis unter die Bauchhaut und an der Hinterseite des Beines bis zum Rande des M. glutaeus max. geführt. Verf. empfiehlt für die Elefantiasistherapie von konservativen Verfahren neben der vorbereitenden Lage- und Kompressionsbehandlung die Senfmehlpackung als das geeignetste Mittel, um Dauerheilungen zustande zu bringen. Die aussichtsreichste chirurgische Therapie ist die Kondoleonsche Faszienextirpation evtl. kombiniert mit Handleyscher Fädendrainage. F. Weiler-Leipzig.

Über Elefantiasis scroti beim Hunde, von Felix von Deschwanden. (Vet.-med. Diss., Gießen 1919.) Bei der sogenannten Sklerose oder Elefantiasis des Hodensackes treten die Veränderungen hauptsächlich im Korium und in der Subkutis auf, die in starker Vermehrung und entzündlicher Wucherung des Bindegewebes bestehen. Außerdem zeigen die starken Infiltrationen, daß der ganze Zustand auf einen entzündlichen Prozeß zurückzuführen ist, was ebenso aus der Vermehrung der Blutgefäße, Erweiterung der Lymphräume und den Veränderungen in der Epidermis zu sehen ist. Da unter den Haustieren gerade beim Hunde die Elefantiasis des Skrotums mehrfach vorkommt, so liegt die Annahme nahe, daß nur durch andauernde Reizungen hervorgerufene chronische Entzündungen diese Krankheit verursachen. Durch die Angewohnheit der Hunde, fortwährend Wunden und Entzündungen zu belecken, wird ein Reiz hervorgerufen, der chronische Entzündungen und manchmal Elefantiasis im Gefolge haben kann. Das Stöbern der Jagdhunde in den Walddickichten bedingt im Verein mit der besagten Angewohnheit mehr wie bei anderen Hunden sowohl kleine Wunden und Ekzeme, chronische Reize und Entzündungen und als Folgeerscheinung die Elefantiasis. Die Erkrankung zeigt sich in Gestalt von größeren und kleineren geschwulstartigen Bildungen. F. Weiler-Leipzig.

Zur Therapie des Gasödems und der Sepsis, von Wilh. Haucken. (M. m. W., 1919, Nr. 44.) Die Arbeit ist eigentlich selbst ein Referat über die vom Verfasser im Felde gemachten Erfahrungen und daher nicht wieder zum Referate geeignet.
v. Notthafft-München.

Die Gasinfektion und ihre Prophylaxis, von Remmets-Dortmund. (D. Zschr. f. Chir., 1919, Bd. 148, H. 5/6.) Eine Gasinfektion kann nur zustande kommen in sauerstoffarmen Geweben mit venöser Blutung und bei erschöpften Individuen. Die Infektion wird weiter ausgebreitet auf den zentralwärts gerichteten Blutstrom im Körper. Um eine erfolgreiche Prophylaxe auszuführen, wäre der Organismus bei seiner Selbsthilfe zu unterstützen, indem man die verdächtige Wunde arteriell durchbluten läßt und ihr

Digitized by Google

nach Möglichkeit von außen Sauerstoff zuführt. Das angegebene Antitoxin für Gasinfektion hat den erwünschten Erfolg gehabt. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Differentialdiagnose des Gasbrandes, von Stemmler-Jena. (D. Zschr. f. Chir., 1919, Bd. 148, H. 5/6.) Der typische Gasbrand ist eine Allgemeinintoxikation auf der Basis einer Muskelinfektion durch anaerobe Bakterien. Der Muskel zerfällt unter dem Bilde der Ischämie, wie der Fäulnis. Auch die Bronzephlegmone und epifasziale Form der Gasphlegmone haben klinisch, prognostisch und therapeutisch nichts mit Gasbrand gemein; die Diagnose läßt sich mit Wahrscheinlichkeit nur aus dem Gesamtbild der klinischen Erscheinungen stellen, mit Sicherheit nur aus den pathologisch-anatomischen Veränderungen abseits von der primären, fast stets von Mischinfektion befallenen Wunde. Der bakteriologische Befund allein genügt nicht zur Sicherstellung der Diagnose. Die Einreihung des typischen Gasbrandes in die Wundinfektion denkt sich der Verfasser nach folgendem Schema: a) Entzündung durch Eitererreger (Staphylokokken usw., die pyogene Wundinfektion und Allgemeininfektion). b) Entzündung durch Fäulniserreger mit Gasbildung: 1. die putride Wundinfektion lokaler Natur, 2. die fortschreitende putride Phlegmone, 3. die putride Allgemeininfektion. c) Entzündung durch gasbildende und ödembildende Erreger ohne Fäulnis. 1. der typische Gasbrand, α) Bronzephlegmone, β) die epifasziale Form; 2. das maligne Ödem. (Reichhaltiges Literaturverzeichnis.) W. Chrzelitzer-Posen.

Bericht über 100 Fälle von Gasödem, von Georg Wolfsohn. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 1918, Bd. 112, H. 4.) Verf. faßt seine Beobachtungen zusammen: Die Inkubationszeit schwankte zwischen wenigen Stunden und 9 Tagen. Einer kurzen Inkubation folgt ein schwerer Verlauf und umgekehrt. Die ersten Anzeichen sind zunächst der intensive, nie fehlende Schmerz, ferner die Temperatursteigerung, 39—39,5. Charakteristisch ist eine Pulsbeschleunigung, die stärker ist als der Temperatur entsprechend. Auffallend eine ganz merkwürdige Störung des Allgemeinbefindens mit charakteristischem Gesichtsausdruck. An der Wunde ist das Hauptsymptom das Ödem, Druckempfindlichkeit, eigentümliche trübseröse Absonderung. Das bekannte Gasknistern weist schon auf einen sehr vorgeschrittenen Fall hin. Zu obigen Symptomen treten später noch hinzu: große Blässe der Haut und Schleimhäute. Schluckbewegungen, Übelkeit und Erbrechen, Atemnot, starke Schweißausbrüche, unwillkürlicher Abgang von Kot und Urin. Therapeutisch die frühzeitige breite Spaltung mit Entfernung alles Verdächtigen, Offenhalten der Wundkanäle mit konzentrierter Karbolsäure, Sorge für guten Abfluß. Diese Beobachtungen des Verf. haben ergeben, daß es sich hier um eine spezifische Muskelerkrankung handelt. W. Chrzelitzer-Posen.

Strittige Fragen bei dem toxischen Gasbrandödem, von Haberland. (B. kl. W., 1920, Nr. 2.) Die wichtigsten Probleme dieser Infektion sind noch zu lösen. Die produzierten Gifte sind noch nicht restlos durchforscht. Charakteristisch für das maligne Emphysem ist das Fehlen bzw. das Zurücktreten der entzündlichen Infiltration. Das Verhalten der weißen Blutkörperchen ist noch gar nicht studiert. Das Verhalten der Lymphdrüsen ist nur vereinzelt geprüft. Ähnlich verhält es sich mit der Milz. Die Frage der Gehirnveränderungen ist noch nicht geklärt. Bis jetzt ist es noch nicht entschieden, ob es sich um einen Herztod oder um eine Atemlähmung bei der Gangrène foudroyante handelt. Die Bezeichnung „toxisches Gasbrandödem" weist auf die Toxinämie, die Gasbildung, die Gewebsnekrose und die Ödembildung. Die Therapie steht noch auf sehr schwachen Füßen. O. Sprinz-Berlin.

Allgemeine Atrophie, Ödemkrankheit und Ruhr, von P. Prym. (Frankf. Zschr. f. Path., 1919, Bd. 22, H. 1.) Die Ödemkrankheit entwickelt sich auf Grund einer allgemeinen Atrophie. Die Ödeme sind das Sekundäre, sie können fehlen. Ödemkrankheit ohne Ödeme. Atrophie in allen Fällen nachweisbar. Ödeme beruhen wahrscheinlich auf einer Kapillarschädigung. Neigung zu Blutungen. Obduktionsbefunde (26 Fälle) charakteristisch. Die Bedingungen für die Atrophie sind in Ernährungsstörungen zu suchen, für welche P. sich Knack und Neumann (D. m. W., 1917, Nr. 29) anschließt, welche selbst wieder eine einseitige Kohlehydraternährung bei noch eben genügender Eiweißmenge und geringer Fettquantität bei gleichzeitig reichlicher Flüssigkeitszufuhr zur Grundlage machen. Die dysenterieähnlichen Darmveränderungen vieler Fälle sind sekundär, wie sie auch sonst in den Endstadien konsumierender Krankheiten gefunden werden. Andere als die Ruhrerreger kommen in Betracht, vielleicht auch schon die obligaten Darmbewohner für die Geschwürsbildung auf der geschwächten Schleimhaut. Natürlich kann auch echte Ruhr allein zur Atrophie und Ödembildung führen. Echte Ödemkrankheit ist aber davon zu trennen. E. Delbanco.

Digitized by Google

Zur Therapie der Gasbazilleninfektion, von E. Vogt-Tübingen. (Ther. Mh., 1919, H. 12.) Von prämonitorischen Symptomen einer Gasbazilleninfektion ist am wichtigsten der Wundschmerz, der eigentümlich fade Geruch der Wunden, psychische Unruhe und ein Mißverhältnis zwischen dem Wundbefund und Allgemeinzustand. Die Behandlung ist aktiv, operativ (Wundspaltung, Wundausschneidung, Amputation). Die vasomotorischen Störungen bei Toxämie beruhen auf Insuffizienz der Nebennierenrinde und werden kausal bekämpft durch Suprarenin in großen Dosen intramuskulär oder intravenös. de Lemos-Hamburg.

Ein Fall von tödlich verlaufener Gasphlegmone nach Koffeininjektion, von F. Schranz-Düsseldorf. (M. Kl., 1920, Nr. 7.) Eine 21jährige kräftige Krankenpflegerin erhielt am vierten Tage einer Grippelungenentzündung auf der Streckseite des Oberschenkels eine Koffeineinspritzung. Während vorher wegen schwacher Herztätigkeit wiederholt Kampfer und Koffein ohne irgend welche Störung in der gleichen Weise gegeben worden waren, klagte Pat. kurz nach der letzten Einspritzung über heftige Schmerzen, und eine halbe Stunde später fand sich an der Stelle ein markstückgroßer roter Fleck nebst Verhärtung. In blitzartiger Weise breitete sich im Laufe von wenigen Stunden die Schwellung im Verein mit schmutziggelbbrauner Verfärbung der Haut und Knistern über den ganzen Oberschenkel aus. Bläulichrote Flecke traten auch am Gesicht und dem Rumpfe auf, und in weniger als 24 Stunden erfolgte der Tod. Auf Anschneiden entleerte sich aus der Infektionsstelle gashaltige Flüssigkeit, in welcher Fränkelsche Gasbazillen nachgewiesen wurden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Sklerom, Orientbeule usw.

Versuche zur Übertragung der Leishmaniosis durch den Floh (Experiences sur la transmission de la Leishmaniose infantile par les pures), von Percisa da Silva. (Arch. d. Inst. bact. Camara Pestana, 1919, Bd. 4, Nr. 3.) Bei einem von Kála-Azar befallenen Kinde wurden von der Bauchhaut aus 39 Versuchstiere genährt. Während die Punktion der bis zum Nabel vergrößerten indurierten Milz des Kindes zahlreiche Parasiten ergab, konnten in den zum größten Teil aus nicht verdautem Blut bestehenden Dejektionen der Tiere durchweg keine der spezifischen Protozoen festgestellt werden. Verf. schließt: Der Hund ist nicht der Überträger der Krankheit, weil es der Floh (Etenocephalus canis) nicht ist. Wolff-Wiesbaden.

Beitrag zur Kenntnis der Aleppobeulenerkrankung, von Margarete Reissner. (Diss., Berlin 1919, Klinik Lesser.) Der Fall — ein deutscher Ingenieur — wurde 1915 von Pulvermacher in der B. kl. W. beschrieben. Verf. gelang es, die Erreger, die Leishmania furunkulosa sowohl in Quetsch- wie in Schnittpräparaten nachzuweisen. F. Weiler-Leipzig.

Über Hautmilzbrand, von Hans Hannig. (Diss., Leipzig 1919, Klinik Rille.) Der Milzbrand der Tiere verläuft gewöhnlich unter dem Bilde einer allgemeinen akuten Infektionskrankheit. Zumeist erstreckt sich die Krankheitsdauer auf 2—5 Tage, mitunter vergehen jedoch nur 1—2 Stunden vom Beginn der Krankheit bis zum Eintritt des Todes. Die Infektion erfolgt durch Aufnahme von Milzbrandbazillen oder Milzbrandsporen enthaltendem Futter oder Trinkwasser. Beim Menschen ist im Gegensatz zum tierischen Milzbrand die gewöhnliche Eintrittspforte die lädierte Haut, während Erkrankungen durch andere Wege (Inhalation sporenhaltigen Staubes oder Genuß sporenhaltigen Fleisches) viel seltener sind. Bei den 5 mitgeteilten Fällen, die in der Leipziger dermatologischen Klinik beobachtet wurden, war in 1 Falle die Übertragung der Erreger eine unmittelbare vom erkrankten Tiere zum Patienten. In 2 Fällen war die Infektion durch die tierischen Materialien (Leder, Felle), mit deren Verarbeitung die Erkrankten beschäftigt waren, verursacht worden. Die Krankheit bot fast stets dasselbe Bild: Eine nahezu kreisrunde, hart infiltrierte Partie von wechselnder Größe, in deren Zentrum der unter dem Hautniveau liegende Brandschorf, umrahmt von einem Kranze kleinster bis linsengroßer Bläschen, die mit gelb- bis braunschwarzer seröser Flüssigkeit erfüllt sind, gelegentlich miteinander konfluieren, mitunter bereits geplatzt sind und entsprechend große Erosionen hinterlassen haben, und umrahmt von einem Walle, der allmählich in die ödematöse, infiltrierte Umgebung übergeht. 3 Fälle kamen am 4., je 1 Fall am 7. bzw. 2. Krankheitstag zur Beobachtung. In 3 Fällen war das Allgemeinbefinden erheblich gestört. In 2 Fallen bestand Fieber. 1 Fall kam infolge Glottisödem ad exitum. Sämtliche Fälle wurden konservativ behandelt. Die Erkrankung war in 2 Fällen am Kinn, in 2 Fällen an der Wange und in 1 Fall am Unterkiefer lokalisiert. F. Weiler-Leipzig.

Digitized by Google

Erfolgreiche Behandlung eines Falles von chronischem Nasenrotz mittels Autovakzine, von Oskar Fischer. (D. m. W., 1920, Nr. 3.) Eine $3^1/_2$ Jahre bestehende geschwürig zerfallene Nasenaffektion, die bereits als Lupus, Lues und Karzinom behandelt war, wurde von F., nachdem Rotzbazillen nachgewiesen waren, durch Injektionen von Autovakzinen ganz wesentlich gebessert. de Lemos-Hamburg.

Über einen Fall von akuter Rotzinfektion, von L. Hubalek und K. Goldschmied-Wien. (W. m. W., 1920, Nr. 7.) Der Fall betrifft einen 48jähr. Obertierarzt, der zunächst eine Art Panaritium am Ringfinger aufwies. Er hatte sich bei einer häuslichen Arbeit verletzt. Nach drei Tagen schwoll der Finger an, am folgenden Tage griff die Schwellung schon auf den Handrücken über, der Finger begann zu gangränieszieren. Bald erreichte die Schwellung das Handgelenk, am Arm zeigte sich eine strangförmige Lymphangitis, über der die Haut eine hellrote Verfärbung annahm, die Kubital- und Axillarlymphdrüsen schwollen an, die Temperatur stieg auf 38.3°. Am dritten Tage erhöht sich die Temperatur auf 39.8°, die Gangrän erstreckt sich jetzt über den ganzen Finger, der daraufhin enukleirt wird. In den drei folgenden Tagen erweckt das Krankheitsbild den Eindruck einer schweren Sepsis, in der Muskulatur des rechten Armes treten Knoten auf, und auf der Haut papulopustulöse Effloreszenzen von verschiedensten Aussehen. Rotzbazillen finden sich im Inhalt der Pusteln und lassen sich ferner durch den Tierversuch nachweisen. Unter raschen allgemeinen Verfall tritt der Exitus ein. Auf Grund der Sektion wurde als Eingangspforte die Fingeraffektion festgestellt. Auf dem Wege der Lymphbahn gelangten die Keime in Zirkulation, bildeten einerseits die linsen- bis wallnußgroßen, lichtgelbgrauen, von hämorrhagischen Höfen umgebenen, bald konsistenten, bald eitrig eingeschmolzenen Knoten sowohl in den tieferen Hautschichten als in der Faszie und Muskulatur, andererseits multiple Herde in den Lungen. Pleura, Epi- und Perikard waren von Ekchymosen bedeckt, Milz und Leber geschwollen. H. Vörner-Leipzig.

Das venerische Granulom, von W. H. Hoffmann-Wilhelmshaven. (M. m. W., 1920, Nr. 6.) Die Krankheit tritt an den Geschlechtsteilen auf und entwickelt sich aus Bläschen und Knoten zu Granulomen und Geschwüren, die auf die Nachbarschaft in weitem Umfang übergreifen. Die Spontanheilung bleibt bei Ansätzen stehen. Dauer von 10—20 Jahren ist beobachtet. Verstümmelungen durch Narben. Selten tritt Tod durch Kachexie ein. Die Übertragung geschieht beim Geschlechtsverkehr. Unempfänglichkeit besteht anscheinend nicht. Über Abwehrerscheinungen ist nichts bekannt. Der Erreger ist ein Kapselbazillus. Die Behandlung geschieht jetzt mittels endovenöser Einspritzung von Brechweinstein, früher geschah sie nur chirurgisch.
v. Notthafft-München.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Hautzustände endokriner Voraussetzung und ihre organotherapeutische Beeinflussung, von G. Nobl. (W. m. W., 1919, Nr. 27 u. 28.) Zum Thema der Bedeutung der endokrinen Drüsen bei der Entstehung von Hautaffektionen bringt Verf. in zwei klinischen Vorträgen einige interessante Beispiele. Er bespricht Fälle von Alopezie, Akne vulgaris und conglobata, Menstrualexantheme und Graviditätsdermatosen, Ichthyasis, Akromegalie, Hypertrichosis und Addisonscher Krankheit unter Schilderung einschlägiger Krankengeschichten, und gibt in Kürze eine Übersicht der gegenwärtigen Feststellungen auf diesem Gebiete. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige Fälle von Kriegsmelanose, von Heinrich Krämer. (Diss., Bonn 1919.) Über diese während des Krieges vielfach beobachtete Hautaffektion, von der wir Hoffmann-Bonn die besten Beschreibungen danken, bringt die Arbeit eine ausführliche Würdigung. Interessant ist die Beobachtung, daß auch die Einatmung heißer Teerdämpfe das vielgestaltige Krankheitsbild auf der Haut hervorzubringen vermag, so daß wir annehmen dürfen, daß auch bei Einatmung oder durch Verschlucken eine Melanodermitis toxica hervorgerufen werden kann. Verf. hat die Differentialdiagnose sehr ausführlich behandelt. Wolff-Wiesbaden.

Über erworbenen Riesenwuchs der linken unteren Extremität und angeborenen Nävus, von Lehmann. (D. m. W., 1919, Nr. 41.) L. berichtet über einen 21jährigen früher stets gesunden Pat., er machte zwei Jahre lang den Krieg mit. Dann bekam Pat. eigenartige Geschwüre am linken Unterschenkel, weswegen er ins Lazarett kam. Als Pat. aufstand, konnte er schlecht gehen, das linke Bein war länger als das rechte. In der linken Rückenhälfte und in der linken unteren Bauchgegend

Digitized by Google

sind Venenerweiterungen vorhanden. Im Bereich der linken unteren Bauchgegend, in der linken Weiche bis in die linke Lendengegend findet sich ein Nävus, der mit der Mittellinie scharf abschneidet. Die Akromegalie, die Syringomyelie, die Erythromelalgie und die Derkumsche Krankheit, die alle zum Riesenwuchs führen können, konnten hier ausgeschlossen werden. L. nimmt an, daß durch Größerwerden des Nävus — bei der Geburt war er etwa pfenniggroß — und durch Zunahme der Zirkulationsstörungen der Riesenwuchs entstanden ist. E. Brinitzer-Altona.

Pellagraähnlicher Krankheitsfall, von O. Strassberg-Wien. (W. m. W., 1919, Nr. 45) Der Fall, welchen der Verf. in der Gesellschaft der Ärzte vorstellt, zeigt eine schwarzbraune Pigmentierung im Gesicht, auf den Handrücken und an der unteren Hälfte der Vorderarme. Die Haut schuppt, nur die Handteller bleiben davon frei, an den Interdigitalfalten bestehen Blasen. Der Patient hatte blutige Diarrhöen, war psychisch desäquilibriert, litt an Kopfschmerzen. Früher hat er viel Mais gegessen, nach einer Sonnenkur trat Blasenbildung und Pigmentierung ein, obwohl dieselbe nicht allein auf Strahlenwirkung zurückgeführt werden darf, da sie auch am Genitale des Kranken vorkommt. H. Vörner-Leipzig.

Zur Frage des Morbus Addison (Mit 3 Abb. im Text), von Th. Fahr und F. Reiche. (Frankf. Zschr. f. Path., 1919, Bd. 22, H. 2) Fünf klinisch und anatomisch genau untersuchte Fälle. Das positive Ergebnis: Es gibt eine bestimmt charakterisierte Erkrankung der Nebenniere, die sich in einer von der Rinde ausgehenden, zu allmählicher Atrophie des Organs führenden chronisch-hämorrhagischen Entzündung äußert. Diese primäre Erkrankung der Nebennierenrinde führt zum Morbus Addison. Die Wiesel'sche Annahme, daß es eine primäre Erkrankung des chromaffinen Systems ist, die erst sekundär auf die Rinde und den ganglionären Abschnitt des Sympathikus übergeht, ist als allgemein gültiger Satz nicht zu halten. Ätiologisch kommt für die Fälle von Fahr und Reiche angesichts der Venendurchwachsungen mit Granulationsgewebe die Lues in Frage. E. Delbanco.

Endokriner Tropismus. Adrenotropismus, von David M. Kaplan-New York. (New York m. J., 1920, Nr. 6) Manche Personen werden vom Nebennierenapparat beherrscht, ohne daß ein pathologischer Zustand vorzuliegen braucht, sie sind adrenotrop im Gegensatz zu den Adrenopathen. Eins der Zeichen des Adrenotropismus ist eine pigmentierte Haut, tiefbraunes Pigment, etwas dem Mark der Nebennieren gleichend. Es ist von diagnostischer Bedeutung bei der Addisonschen Krankheit. Die roten Nävi sind nicht adrenotropisch, weil sie keine als „Melanoblasten" bezeichneten Zellen enthalten, die nur beim Vorliegen einer Nebennierenstörung auftreten. Sie sind identisch mit den in einer frühen Periode des embryonalen Lebens wandernden und sich stellenweise anhäufenden Neuroblasten, die die sympathische Ganglienkette und die viszeralen Ganglien bilden. Andere gleicher Herkunft werden nicht zu Nervenelementen, sondern bewahren ihre Identität als Zellen und erhalten eine erhöhte Affinität zur Chromsäure; sie finden sich in Mengen im Nebennierenmark. Mit diesen Chromaffinzellen sind die Melanoblasten in der Haut von Adrenotropen identisch. Adrenotropen haben eigenartige Haare (plump, wie Werg sich anfühlend, unelastisch, sich leicht verflechtend, verwirrend, arm an natürlichem Öl). Es zeigt oft eine von der der betreffenden Nationalität eigentümlichen abweichende Farbe. Rothaarige Personen sind in der Überzahl Adrenotropen. E. Levin-Berlin.

Zur Behandlung der Addisonschen Krankheit, von H. Quincke-Frankfurt. (Ther. Hmh., 1920, H. 2.) Bei zwei durch Nahrungs- und Wohnungselend heruntergekommenen Leuten, die das Bild der Addisonschen Krankheit darbieten, wird durch Pflege und monatelangen Gebrauch von Nebennierensubstanz (Glandulae suprarenales Merck 0.1 Substanz enthaltend), also nicht nur Adrenalin, allgemeine Besserung und Beseitigung der Pigmentierungen an der Haut und auch an den Schleimhäuten erreicht. Hier dürfte also keine schwere anatomische, sondern nur eine Funktionsstörung der Nebenniere vorgelegen haben. In beiden Fällen lag außerdem eine direkte Hautschädigung durch Ungeziefer, besonders Läuse, vor. Verf. hält es für denkbar, daß die Läuse selbst ein Toxin produzieren, welches (wie bei Anämien, Pellagra, Lebererkrankungen u. a.) nach der Resorption, vom Blut aus die Pigmentregulierung durch die Nebenniere schädigt, so daß es zur Pigmentbildung in Haut und Schleimhäuten kommt. de Lemos-Hamburg.

Zirbeldrüsenteratom und genitale Frühreife, von E. Böhm †. (Frankf. Zschr. f. Path., 1919, Bd. 22, H. 1.) Neunjähriger Knabe mit den für Zirbeldrüsengeschwülste (gewöhnlich Teratome) charakteristischen Zeichen der frühzeitigen genitalen und

Digitized by Google

psychischen Entwicklung. Die Diagnose war auf Grund dieser intra vitam gestellt worden. Das Kapitel Zirbeldrüse und Innere Sekretion wird nach allen Seiten genau beleuchtet. E. Delbanco.

Essentielle Cholesterinämie mit Xanthombildung, von Arning und Lippmann. (Zschr. f. kl. M., Bd. 89, H. 1 u. 2.) Bei einem Mann mit multipeln Xanthomknoten läßt sich eine hochgradige Cholesterinämie nachweisen, die bei Fehlen jeder nachweisbaren Leberschädigung oder diabetischen Anlage als „essentielle" angesehen wird. Zufuhr von Cholesterin läßt die Erhöhung des Cholesterinspiegels für lange Zeit bestehen, so daß die Ursache der Cholesterinämie in einer gestörten Ausscheidungstätigkeit für Cholesterin gesehen wird. — Die Xanthombildung wird als sekundäre Ablagerung von Cholesterin in die Gewebe, die Affinität zum Cholesterin (Mesoderm, Sehnenscheiden, Periost) erklärt; die Hypothese, daß primäre Fibrome von Cholesterin infiltriert werden, wird jedenfalls für die Fälle von primärer „essentieller Cholesterinämie" abgelehnt.
W. Haas-Hamburg.

Pigmentanomalien.

Ein Beitrag zur epithelialen Genese der malignen Melanome der Haut, von G. Miescher-Zürich. (Zbl. f. Allg. Pathol., Bd. 30. H. 14.) In den Tumorzellen der Lymphdrüsenmetastase eines malignen Melanoms der Haut fiel die Blochsche Dopareaktion, soweit in den Zellen noch Pigment enthalten war, positiv aus. Dieser Reaktionsausfall beweist (da die Schultze-Winklersche Phenolasereaktion negativ war) die Anwesenheit der spezifischen, normalerweise nur in den pigmentbildenden Epidermiszellen vorhandenen Oxydase (Dopaoxydase) und läßt somit den Mechanismus der Pigmentbildung in beiden Arten von Zellen als identisch erscheinen. Da die Dopaoxydase sich bisher nur in den zur Pigmentbildung fähigen epithelialen Zellen der Epidermis (Basalschicht) des Follikels, der Haarmatrix, der Hautnävi und (in einem von Bloch untersuchten Fall) in den Tumorzellen eines Hautmelanoms, nie aber in den mesodermalen Chromatophoren der Kutis hat nachweisen lassen, so wird aus dem positiven Ausfall der Reaktion in den Tumorzellen der Metastase geschlossen, daß auch diese Zellen als epithelialer Natur anzusehen sind und in letzter Linie von den Nävuszellen, aus welchen das primäre Melanom hervorging, abstammen. Es bildet somit diese Beobachtung in Übereinstimmung mit der Blochschen Ansicht eine Bestätigung des bisher von manchen Autoren aus morphologischen Gründen verfochtenen Satzes: Nävi und Nävomelanome der Haut sind Gebilde ektodermaler Abkunft. Die Rolle der Chromatophoren in der Kutis, ob selbständige von der epithelialen Melaningenese unabhängige Pigmentbildner, oder was wahrscheinlicher ist, Rezeptoren und Verarbeiter des epithelialen Melanins, ist noch nicht abgeklärt und bedarf weiterer Untersuchungen. Als Mutterzellen der Nävomelanome und ihrer Metastasen kommen sie, soweit das aus den bisherigen Untersuchungen geschlossen werden darf, wegen der in ihnen stets fehlenden, in den Melanomzellen vorhandenen Dopaoxydase nicht in Betracht. Auch die Pigmentbildung in mit der Haut nicht im Zusammenhang stehenden Gebilden (Auge, Augenmelanom, Hirnhäute usw.) kann bis auf weiteres nicht mit der epidermalen identifiziert werden.
O. Gans-Heidelberg.

Über diffuse Pigmentierung mit Melanin bei allgemeiner Melanosarkomatose, von Takuma Matsunaga. (Frankf. Zschr. f. Path., 1919, Bd. 22, H. 1.) 43jähr. Mann, Melanosarkom der Stirnhaut mit multipeln Metastasen in Haut, Herz, Milz, Leber, Schilddrüse, Lymphdrüse, Knochen, Hoden und Nebennieren. Abnorm starker Pigmentgehalt der Tumoren. Daneben fand sich eine diffuse braune Pigmentierung der Haut, mancher Schleimhäute, besonders der Mundschleimhaut, der großen Arterien und Venen. Im Urin Nachweis von Melanin. Mikroskopisch neben dem dunkeln grobscholligen Pigment in den Tumoren in fast allen Organen mehr oder weniger Ablagerung von feinem braunem Pigment, bald auch im Bindegewebe, bald mehr im Epithel und Endothel. Die Blochsche Dioxyphenyl-Alaninreaktion fiel stärker aus, wenn die Schnitte mit Formol vorbehandelt worden waren. Die (Dopa) Reaktion war weniger stark an dem Gefriermaterial. Bindegewebige Elemente ergaben sichere Dopareaktion. Bloch hat betont, daß durch diese Reaktion mit Bestimmtheit bewiesen würde, daß die Melaninbildung eine spezifische Funktion der Epidermis und ihrer Derivate, d. h. von Epithelien sei. Also auch Bindegewebselemente kommen als Melaninbildner in Frage.
E. Delbanco.

Digitized by Google

Über einen Fall von Vitiligo am Augenlid nach Verschüttung, von JOHANNES JANZON. (Diss., Königsberg 1918.) 25jähriger Musketier, der durch Granateinschlag verschüttet und danach eine Viertelstunde bewußtlos war. Acht Tage nach der Verschüttung bemerkte er kleine weiße Flecke am äußeren rechten Augenwinkel und am Ober- und Unterlid derselben Seite weiße Zilien. Die Ränder der vitiliginösen Partien wiesen keine stärkere Pigmentierung auf. F. Weiler-Leipzig.

Über postmortale Pigmentbildung der Haut, von KARL NEUBÜRGER-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1920, Nr. 26.) Die Arbeit bestätigt die Angaben anderer über postmortale Pigmentierung in den Brutschrank gebrachter Hautstückchen. Regelmäßig erfolgt dieses aber nur bei von Natur aus schon dunkleren Hautstellen. Schon gebräunte Häute (Addison, Inhalation, Röntgen) dunkeln stärker. Allgemeinkrankheiten haben aber keinen Einfluß. Mikroskopisch: Dunkelbraunes körniges bis scholliges Pigment vom Melanincharakter im Protoplasma der basalen Epidermisschicht. Bei stärkerer Ausbildung auch in den höheren Epidermisschichten. Die Kutis bleibt pigmentfrei. Die Pigmentierung tritt auch an der Unterhaut benarbter Oberhaut auf. Die Umwandlung ungefärbten in gefärbten Pigmentstoff tritt bei Sauerstoffabschluß nicht auf und kann durch Sauerstoffzufuhr gesteigert werden. Das postmortale Pigment zeigt bezüglich Lokalisation und Entstehungsbedingungen weitgehende Übereinstimmung mit dem Dopamelanin BLOCHS. v. Notthafft-München.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Zur Beurteilung des Syringoms (Nävus syringomatosus), von FR. SCHEILKE. (Diss., Göttingen 1919.) Die von KAPOSI zuerst als Lymphangioma tuberosum multiplex beschriebene, zu der Nävi gehörige Geschwulstform hat von UNNA den Namen Syringom erhalten. Vielleicht wäre der Name Zystepitheliom oder der französische Name: Adenomis sudoripares nicht weniger bezeichnend für ihn und die Herkunft dieser multipel auftretenden, keineswegs bösartigen Geschwulstform der Haut. Sehr anzuerkennen ist die histologische Analyse eines Falles aus der Göttinger Hautklinik. Wolff-Wiesbaden.

Rezidivierende subkutane Schleimgeschwulst des ganzen Vorderarmes, von W. KAUSCH. (B. kl. W., 1920, Nr. 6.) Die Geschwulst saß am Handgelenk an der Beugeseite. Trotz ausgiebiger Operation traten alsbald immer wieder Rezidive ein. Röntgen völlig unwirksam. Es handelte sich um eine Schleimgeschwulst, die sich diffus im Unterhautzellgewebe ausbreitete. Für eine echte Geschwulst, also nicht für eine schleimige Degeneration, sprach, daß man alle Stadien beobachten konnte, vom Auftreten kleinster Schleimtröpfchen in den Zellen, Auftreten großer, konfluierender Tropfen unter Schwund des Protoplasmas und Andiewanddrängung der Kerne bis zum Verschwinden von Protoplasma und Kern. Das Fehlen der charakteristischen, sternförmigen Zellen sprach gegen Myxom. In der Literatur findet sich kein zweiter Fall. Die Sehnenscheiden sind als Ausgangspunkt anzusehen. O. Sprinz-Berlin.

Zur Genese und Therapie der Keloide, von FREUND-Wien. (D. Zschr. f. Chir., 1919, Bd. 150, H. 1/2.) Die Entstehung der Keloide ist noch nicht geklärt. Die verschiedensten Untersuchungen haben bis jetzt kein einheitliches Resultat gezeitigt. Auch die bisherigen Behandlungsmethoden führten zu keinem befriedigenden Ergebnis. Der Verf. schlägt vor: Die Geschwulst wird unter aseptischen Kautelen gründlich samt allen Fortsätzen exstirpiert, die Blutung mit Ligaturen gestillt, die Wunde nicht genäht, sondern offen gelassen, mit steriler Gaze verbunden, und vom 2. oder 3. Tage an mit Röntgenstrahlen bis zur Erythemdosis belichtet. Unter aseptischem, später indifferentem Fettverbande schließen sich die Wunden bald zu zarten, dünnen, flachen, bei kleinen Geschwülsten kaum sichtbaren Narben. W. Chrzelitzer-Posen.

Beitrag zur Klinik und chirurgischen Behandlung der Angioma arteriale racemosum, besonders des Kopfes, von OTTO SCHMIDT-Homburg v. d. H. (Bruns Beitr., 1919, Bd. 118, H. 1, mit 5 Abbildungen.) Das Rankenangiom ist eine echte Geschwulst, die aus arteriell geschlängelten und erweiterten Gefäßen besteht. Die histologischen Veränderungen bestehen immer in einer Wucherung der Intima. In der Mehrzahl ist es angeboren. Als auslösende Ursachen kommen Traumen in Betracht. Der weitaus häufigste Sitz ist der Kopf. Auf die Ätiologie kann die COHNHEIMsche Lehre angewandt werden, nach der die Geschwülste aus embryonal liegen gebliebenen Zellmaterial hervorgehen. Die Geschwulst zeigt große Wachstumsneigung. Die klinischen Erscheinungen sind dadurch charakterisiert, daß sich gewöhnlich von einem zentral gelegenen Gefäßknäuel strahlenförmig ausgehende pulsierende Stränge in die Umgebung erstrecken.

Digitized by Google

Differentialdiagnostisch hört man ein gleichmäßig verbreitetes schwirrendes Geräusch. Im fortgeschrittenen Stadium und besonders beim zerebralen Rankenangiom sind oft Hypertrophie des linken Ventrikels und Herzgeräusche bei Abwesenheit eines Klappenfehlers nachweislich. Die Beschwerden sind oft auffallend gering. Das Gehirn paßt sich offenbar dem allmählich wachsenden Tumor an. Manchmal häufiger Schwindel, starke Kopfschmerzen, Gefühl des Klopfens und der Hitze in der Geschwulst, epileptische Anfälle vom Jacksontyp, Hemiparesen, Verlust des Geruchs und Geschmacksinnes, Erblindung, Sprachstörungen, Schwerhörigkeit; nicht selten werden Usurierungen des Knochens veranlaßt, während in der Umgebung reaktive Vorgänge — Knochenringbildung — sich einstellen. Heilung ist möglich durch Exstirpation. Rezidive sind nicht selten, die Einspritzung reizender und verödender Medikamente sind als erfolglos zu unterlassen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über einen Fall von Angiokeratom, von Theodor Mitscherling. (Diss., Leipzig 1919, Klinik Rille.) Es ist interessant, daß verhältnismäßig wenige Fälle von Angiokeratom von deutschen Dermatologen veröffentlicht sind, und daß die Literatur fast nur französische, englische und italienische Forscher auf diesem Gebiete aufweist. Die Krankheit, deren Prädilektionsstellen der Hand- und Fußrücken und die Streckseite der Finger und Zehen sind, tritt häufig in Koinzidenz mit Frostbeulen, lokaler Asphyxie und Akroparese auf. Sie befällt gerne Individuen zwischen dem 10. und 30. Jahr mit kongenitaler Debilität des Gefäßsystems. Histologisch haben wir es mit einer primären aneurysmaartigen Gefäßdilatation und Lakunenbildung im Papillarkörper und sekundärer Keratose mit Verbreiterung des Stratum corneum, lucidum und germinativum zu tun. Der beschriebene Fall betrifft einen 25jährigen Zementarbeiter. Das Leiden besteht seit 4—5 Jahren. Die Effloreszenzen sitzen auf beiden Handrücken, auf den Streckseiten der Finger und Zehen und am Fußrand. Hände und Füße sind zyanotisch und fühlen sich kalt an. Beide Füße zeigen starke Hyperhidrosis, weniger die Hände. Erfolgreiche Behandlung mit Kohlensäureschnee. F. Weiler-Leipzig.

Ein Fall von Angioma neuralgicum, von Grossi. (Policlinico, Bd. 26, H. 27.) Eine seit zwei Jahren entstandene erbsengroße bläulich-rote Geschwulst an der linken Kleinfingerkuppe, die auf Berührung sehr empfindlich ist. Histologisch fanden sich in den zahlreichen Trabekeln auch einige Nervenfasern. W. Haas-Hamburg.

Ein Hämangioendotheliom der Volarhaut, von Hans Pröll. (Diss., München 1917.) Die Hämangioendotheliome lassen sich in zwei Gruppen trennen: in solche, die weiter nichts sind als ein Konvolut von bluthaltigen, kapillarähnlichen Röhren oder kavernösen Räumen mit verdicktem, bis epitheloidem Endothel als Innenauskleidung und in solche, bei denen die Geschwulstzellen Neigung zeigen, zusammenhängende größere Herde zu bilden, wobei aber diese Zellherde mit dem Gefäßendothel in nachweisbarer Verbindung bleiben. Der beschriebene Fall gehört zu der letzteren Gruppe. Es handelt sich um eine 42jährige Bauersfrau mit einer kirschgroßen Geschwulst in der Haut der linken Hohlhand. F. Weiler-Leipzig.

Über einen Fall von weitverbreiteter Hautxanthomatose bei hochgradiger diabetischer Lipämie, von H. Schwalb. (Diss., Bonn 1919.) Der Fall ist von Hoffmann bereits kurz dargelegt: Es handelte sich um einen Kriegsteilnehmer, bei dem der Diabetes erst während des Feldzugs hervortrat und in relativ kurzer Zeit unter Komplikation mit Pleuritis zum Tode führte. Protylinbehandlung (0,25 per die) scheint günstig rückbildend auf die Effloreszenzen eingewirkt zu haben. Das Blut enthielt bis zu 6,3% Fett und 2.5% Cholesterin. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Beitrag zu den Mißbildungen des Gesichts, von Hans Zacherl (Arch. f. kl. Chir., 1920, Bd. 113, H. 2.) Die angeborene Mißbildung betraf ein 10jähriges Mädchen, das sonst keine Abnormitäten aufwies. An der linken Seite der äußerlich abgeflachten Nase fand sich ein 2.5 cm langes und fast 1 cm breites Gebilde, das nahe der Nasenwurzel begann und nicht gänzlich frei beweglich der linken Nasenhälfte flächenhaft aufsaß. Es handelte sich demnach um einen Fall von Rüsselbildung, einer sehr seltenen Anomalie. Heilung durch Exstirpation. Verf. nimmt an, daß geringes Zellmaterial des seitlichen Nasenfortsatzes in der Gegend der embryonalen Mundaugenspalte mit dem Oberkieferfortsatz nicht zur Vereinigung gekommen ist und so zur Rüsselbildung geführt hat. Histologisch fanden sich in dem proximalen Teile des Gebildes zahlreiche Drüsenläppchen vom typischen Bau der Tränendrüsen. O. Sprinz-Berlin.

Über Dermoide im Jugulum, von Wendriner-Berlin. (D. m. W., 1919, Nr. 49.) Wendriner berichtet von drei Fällen, in denen Geschwülste von Hühner- bis Gänseeigröße am Jugulum entfernt wurden, deren Untersuchung ergab, daß es sich um dünn-

Digitized by Google

häutige Dermoide mit Atherombrei und spärlichen Haaren handelte. Entwicklungsgeschichtlich wird als Ausgangspunkt das aus der vierten Schlundtasche hervorgehende „Thymusmetamer 4" angenommen. de Lemos-Hamburg.

Dermatologische Ratschläge für den Praktiker, von Prof. Max Joseph-Berlin. (D. m. W., 1920, Bd. 11.) Besprechung der Hautgeschwülste und ihrer Behandlungsmethoden. de Lemos-Hamburg.

Regressive Störungen und Atrophien.

Zur Kenntnis der Sklerodermie, von Kurt Viehweger. (Diss., Leipzig 1919, Klinik Rille.) Zwei Fälle bei einer 51- und 47jährigen Frau. In beiden Fällen haben wir die Kombination von Sklerodermie und Sklerodaktylie. Keine Heredität. Als Ursache wird im ersten Falle öftere Erkältung angegeben. Auch im zweiten Fall wird die Einwirkung von kaltem Wasser und von kalter Außentemperatur auf die Hände als Ursache der Affektion genannt. Fall I wurde mit dem Dialysierverfahren untersucht. Das Serum baute Thyreoidea ab, während Nebenniere, Pankreas und Hypophyse nicht abgebaut wurden. Der rechte Lappen der Schilddrüse war wenig vergrößert. F. Weiler-Leipzig.

Über die Beziehungen der Sklerodermie zu den Erkrankungen der endokrinen Drüsen, von Rorsch-Warmbrunn. (D. m. W., 1919, Nr. 48.) Eine Patientin mit Sklerodermie und starker Pigmentierung, die früher angeblich eine Peritonealtuberkulose und eine Schilddrüsenschwellung gehabt hat, wurde durch wochenlange Verabreichung von Thyreoidin gebessert. Eine weitere Abnahme der Beschwerden und der Pigmentierung wurde durch Adrenalinzufuhr erreicht. Es spricht vieles dafür, daß die Sklerodermie hervorgerufen wird durch eine Funktionsstörung mehrerer Drüsen mit innerer Sekretion, nicht nur einer einzelnen; in diesem Falle Thyreoidea und Nebennieren. de Lemos-Hamburg.

Über das Druckgeschwür am Fuß und seine Behandlung, von A. Steiger-Essen. (M. Kl., 1918, Nr. 17.) Der Verfasser faßt unter dem Namen „Druckgeschwür am Fuß" alle Geschwüre zusammen, die auf Grund einer Gefäß- oder Nervenstörung am Fuße entstehen, und zuerst von den Franzosen als „Mal perforant du pied" bezeichnet wurden. Er betont die enorme Schwierigkeit der Heilung dieser Geschwüre und kommt zu dem Schluß, daß man in derartigen Fällen zur Amputation schreiten solle. Er wird dabei von dem Gedanken geleitet, daß ein Mensch mit einem guten Fußersatz sowohl in ästhetischer wie in sozialer Hinsicht besser daran sei, als ein Mensch, der in seiner Beweglichkeit und Arbeitsfähigkeit dauernd durch nie heilende oder immer wieder rezidivierende Geschwüre schwer beeinträchtigt wird. In den drei von Steiger zur Unterstützung seiner Ansicht veröffentlichten Krankengeschichten handelt es sich immer um Geschwüre, die Folgeerscheinungen von Ernährungsstörungen waren, welche durch Schußverletzungen der Knochen der unteren Extremität, speziell der Füße, hervorgerufen waren; in zwei Fällen war es zu einer hochgradigen Sklerose der Arterien gekommen. (Ob bei dem eigentlichen „Mal perforant du pied" auf trophoneurotischer Basis bei Erkrankungen des Zentralnervensystems ebenfalls so radikal vorgegangen werden soll? d. Ref.) O. Lasch-Breslau.

Zur Pathogenese und Behandlung des „Wundliegens", von Wieting-Sahlenburg-Cuxhaven. (D. m. W., 1919, Nr. 48.) Die Drucknekrose (Dekubitus) entwickelt sich nicht von außen nach innen, sondern von innen nach außen. Während der Druck normalerweise zu Epidermisverdickung führen müßte, bewirkt er in dem empfindlichen subkutanen Gewebe Anämisierung. Die Nekrose in der Subkutis geht der Hautnekrose voran. Die dem Dekubitus vorausgehende Rötung ist der Ausdruck der Gefäßparalyse. Das einzig wirksame Mittel in jedem bedrohten Falle ist die Entlastung a) durch druckverhütende Mittel (Wasserbad, Wasserkissen), b) durch entlastende Mittel (Luftring, Wattering, Fensterung des Gipsverbandes, Schwebelagerungssuspension. Als letztes Mittel in Fällen, wo alle Entlastung erfolglos ist, bleibt die Amputation, die meist aber nur eine Verlängerung der Leiden erreicht. de Lemos-Hamburg.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. November 1920 | Nr. 46 | Band 71

Aus der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Wieden in Wien
(Vorstand: Primararzt Dr. Paul Rusch).

Studien über die Ausflockung des Syphilisserums nach Sachs und Georgi.

Von

Dr. Walter Robitschek, Sekundararzt der Abteilung.

In der Absicht, bei der Serodiagnose der Lues das Prinzip der Komplementbindung durch ein einfacheres Verfahren zu ersetzen, haben Sachs und Georgi ihre Ausflockungsreaktion ausgearbeitet. Es liegen bereits zahlreiche Nachuntersuchungen vor, welche die Brauchbarkeit dieser Methode erweisen. Als Prüfstein wurde von allen Autoren die WR als Parallelversuch herangezogen, und Baumgärtel konnte an der Hand eigener Untersuchungsergebnisse und der Resultate 19 anderer Autoren aus einer Zusammenstellung von etwa 25000 Sera eine Übereinstimmung der SGR mit der WR in 91,43% der Fälle feststellen.

Unsere Untersuchungen, die 1200 Sera umfassen, ergaben eine Übereinstimmung in 93,66%. Qualitative Unterschiede wurden nicht berücksichtigt. Das Plus von 2,23% gegenüber Baumgärtel ist wohl darauf zurückzuführen, daß wir ausschließlich mit der Brutschrankmethode arbeiten, während in der erwähnten Zusammenstellung die überwiegende Mehrzahl der Resultate nach 2stündigem Brutschrankaufenthalt und 18stündigem Stehen bei Zimmertemperatur abgelesen wurden. Den Vorteil der Brutschrankmethode, der in der tunlichsten Vermeidung unspezifischer Reaktionen besteht, können wir bestätigen. Es wurden 94 Fälle von Ulcus molle, größtenteils mit Bubo, 60 von Tuberkulose, 31 von fieberhaften Infektionskrankheiten und 5 von Karzinom untersucht. Von diesen 190 Fällen fielen 186 übereinstimmend mit der WR aus, und zwar in einem Fall von Tuberkulose positiv, sonst negativ. Bei Ulcus molle war zweimal nur die SGR, einmal nur die WR, bei Tuberkulose einmal nur die SGR positiv, ohne daß klinisch oder anamnestisch Anhaltspunkte für Lues bestanden.

Im ganzen hatten wir 76 divergente Resultate (6,44%) zu verzeichnen, 12 waren nicht verwertbar, weil in 10 Fällen die WR Alkoholhemmung ergab; demgegenüber war nur zweimal in der Serumkontrolle der SGR Flockung eingetreten. In einem dieser letzteren Fälle war die WR positiv, obzwar keine Lues vorlag. Die drei Tage später folgende Wiederholung war in beiden Reaktionen negativ.

Digitized by Google

64 mal erhielten wir deutlich verschiedene Resultate, deren Verteilung auf die einzelnen Krankheitsbilder die Tabelle zeigt.

Diagnose	WR + SGR −	WR + SGR +	Zahl der untersuchten Fälle
Primäraffekt . . .	3	2	69
Lues II	6	3	155
Lues latens . . .	19	14	231
Tabes	6	2	35
Paralyse	—	1	3
Mesaortitis . . .	1	—	12
Ulcus molle . . .	1	2	94
Tuberkulose . . .	—	1	60
Wöchnerinnen nach mazerierter Frucht	—	2	4
Summe	36	27	663

Den zweimaligen positiven Ausfall der SGR bei Wöchnerinnen, die eine mazerierte Frucht geboren hatten, müssen wir als unspezifische Ausflockung ansehen, da neben der WR auch die zur Kontrolle angestellte Meinicke-R. negativ ausfiel und klinisch kein Anhaltspunkt für Lues vorlag. Wir enthalten uns jedes Urteils, ob es sich in diesen beiden Fällen um einen zufälligen Befund handelt, oder ob das Serum von Wöchnerinnen bzw. Graviden zu unspezifischen Reaktionen neigt. Aufschluß darüber könnten nur wiederholte Untersuchungen einer größeren Anzahl solcher Sera bringen; hierzu ist uns keine Gelegenheit geboten.

Wie aus obiger Tabelle weiter ersichtlich ist, war bei sicherer Lues (der Fall von Mesaortitis luetica wurde durch die Obduktion verifiziert) die WR in 35, die SGR in 22 Fällen empfindlicher, i. e. 61,4 % bzw. 38,6 % der divergenten Luesfälle. Vergleicht man mit diesen Zahlen die Befunde, die von anderen Autoren nach 18stündigem Stehen bei Zimmertemperatur erhoben wurden und durchweg eine größere Empfindlichkeit der SGR ergaben, so findet man die bereits bekannte Tatsache bestätigt, daß die Steigerung der Spezifität der SGR durch die Brutschrankanordnung auf Kosten der Empfindlichkeit erfolgt. Demnach bekräftigen auch unsere Untersuchungen die bisher mitgeteilten Ansichten, daß die SGR eine der WR ziemlich ebenbürtige Methode, vor allem aber eine willkommene Ergänzung der letzteren ist.

Gesondert von den Serumuntersuchungen sollen die Liquorbefunde besprochen werden. Sie sind schon deshalb von besonderem Interesse, weil die Lumbalflüssigkeit einen viel geringeren Gehalt an Eiweißstoffen, Salzen und Fermenten aufweist als das Serum. In der Literatur finden sich bisher wenig Angaben über die Ergebnisse der SGR im Liquor cerebrospinalis (Sachs, Georgi, Raabe, Eicke, Schönfeld, Neukirch). Ihre Zusammenstellung ergibt folgende Zahlen: In 778 untersuchten Lumbalpunktaten stimmten die SGR und die WR in 680 Fällen (87,4 %) überein. 36 Proben waren wegen Flockung in der Serumkontrolle der SGR nicht verwertbar. 62 waren divergent, und zwar:

WR + SGR − 48
WR − SGR + 14

Digitized by Google

Unsere Liquoruntersuchungen betreffen 49 Fälle, die 42 mal Übereinstimmung ergaben (85,7 %). Zweimal flockte die Serumkontrolle der SGR aus. Dreimal war nur die WR positiv, zweimal nur die SGR. Über die divergenten Fälle gibt folgende Tabelle näheren Aufschluß:

Diagnose	WR + SGR −	WR − SGR +
Tabes dorsalis . .	2	1
Paralyse	—	1
Myelitis luetica . .	1	—

Vergleichen wir diese Befunde mit denen im Blutserum, so finden wir im Liquor einen geringeren Prozentsatz von Übereinstimmung mit der WR und mehr Alkoholfällungen der SGR.

Sowohl bei den Versuchen im Blutserum als auch im Liquor war bei sicheren Luesfällen die WR häufiger positiv als die SGR. Diese Feststellung veranlaßte uns zu Versuchen, die zu einer erhöhten Empfindlichkeit der SGR führen könnten. Dieses Ziel durfte aber nicht auf Kosten der Spezifität erreicht werden, wie es der Fall ist, wenn man die Proben bei Zimmertemperatur stehen läßt.

Diesbezüglich verweisen schon Sachs und Georgi auf die Möglichkeit, statt Alkohol ein anderes Extraktmittel zu wählen und erwähnen das Azeton. Dieser Anregung Folge leistend stellten wir uns verschieden starke Azetonrohextrakte her. Sämtliche ergaben eine Unzahl von unspezifischen Ausflockungen. So wurden z. B. 5 g frisches Rinderherz mit 25 g Azeton extrahiert, der so gewonnene Rohextrakt fünffach verdünnt, cholesteriniert und beim Ansetzen der Versuche die fünffache Menge 0,85 %ige Kochsalzlösung zugesetzt. Von 63 Sera verschiedenster Provenienz flockten sämtliche aus, während bei der SG-Originalmethode mit Alkoholextrakt nur 11 positiv waren.

Regelmäßig wurden auch bei stärkeren Verdünnungen der Azetonextrakte zahlreiche unspezifische Ergebnisse festgestellt, wenn die Proben durch einige Zeit bei kühleren Temperaturen gehalten wurden. Dieses Vorkommnis tritt ja auch bei der Verwendung von Alkoholextrakten auf und hat zur Modifikation der 18—24 stündigen Brutschrankanordnung geführt.

Hierbei soll es sich um eine für Lues nicht charakteristische Serumglobulinfällung handeln, die in der Kälte auftritt und in der Wärme teilweise schwindet bzw. verhindert wird. Nach unseren Erfahrungen können wir dieser Ansicht nicht unbedingt beistimmen. Wenn man nämlich Rinderherztrockensubstanz mit der fünffachen Menge Azeton extrahiert, mit der doppelten Menge Alkohol verdünnt und cholesteriniert, so gibt der so zubereitete Extrakt ohne jeden weiteren Zusatz schon nach kurzem Stehen im Eisschrank eine starke Flockung, die in der Wärme schnell, aber nicht mehr vollständig schwindet. Im Agglutinoskop bleibt dauernd eine feine Ausflockung erkennbar. Von einer Serumglobulinfällung kann hier begreiflicherweise keine Rede sein. Diese Spontanflockung zeigt eine so weitgehende Analogie zu der unspezifischen Fällung der SGR in der Kälte, daß wir uns zu der Vorstellung berechtigt

Digitized by Google

halten, eine positive SGR nichtluetischen Serums bei kühlen Temperaturen könne auf eine Spontanfällung des cholesterinierten Extraktes zurückzuführen sein. Wir wollen jedoch nicht in Abrede stellen, daß auch dem Serum ein Einfluß, aber nicht im Sinne einer uncharakteristischen Globulinfällung zukommt, namentlich dann, wenn die Extraktkontrolle nicht flockt.

Diesen Ausführungen zufolge lehrten uns unsere Versuche, daß Azetonextrakte für die SGR nicht geeignet sind.

Eine weitere Möglichkeit, empfindlichere Resultate mit der SGR zu erzielen, liegt in der Wahl einer anderen Verdünnungsflüssigkeit an Stelle der 0,85 %igen Kochsalzlösung. Einschlägige Untersuchungen liegen von NEUKIRCH bereits vor. Es handelte sich ihm darum, die für die SGR optimale Wasserstoffionenkonzentration (Reaktion) zu finden. Da hierzu die Anwendung von Puffergemischen notwendig war, so untersuchte er, inwieweit das Kochsalz durch andere Salze vertreten werden kann. Unter anderem wurden Serum und Extrakt mit einer Ammoniumsulfatlösung in $^1/_7$-norm. Konzentration verdünnt. Wie nicht anders zu erwarten war, flockten WR-negative Sera unspezifisch aus.

Aus einer anderen Überlegung heraus hatten wir schon vorher Versuche mit Ammoniumsulfat angestellt. Da es sich uns darum handelte, empfindlichere Resultate mit der SGR zu erzielen, so wollten wir dem globulinfällenden Einfluß, der beim Zusammenbringen von Organextrakt und Syphilisserum entsteht, einen zweiten verstärkenden zugesellen. Letzterer durfte aus leicht verständlichen Gründen allein nicht ausreichen, um die Globuline zu fällen, mußte aber immerhin so stark sein, daß er bei schwer flockenden Sera die Fällung der Globuline sichtbar machte. In dieser Absicht wendeten wir unser Augenmerk den Sulfaten zu, denen nach den Untersuchungen von HOFMEISTER u. a. eine stärker eiweiß- und lipoidfällende Wirkung zukommt, als den Anionen NO_3, Cl, CH_3COO und PO_4. Unter den Sulfaten wiederum nimmt das Ammoniumsulfat wegen seiner globulinfällenden Wirkung eine besondere Stellung ein.

Die ersten Versuche stellten wir so an, daß Extrakt und Serum sechsfach bzw. zehnfach mit Ammoniumsulfatlösung in $^1/_7$- bis $^1/_{20}$-norm. Konzentration versetzt wurden. Auf diese Art erhielten wir wie NEUKIRCH eine große Zahl unspezifische Reaktionen. Dasselbe war der Fall, wenn teils mit dem Ammoniumsulfat, teils mit destilliertem Wasser verdünnt wurde. Diese Resultate änderten sich aber, d. h. die unspezifischen Reaktionen blieben aus, sobald das Serum mit Kochsalzlösung und der Extrakt mit Ammoniumsulfatlösung verdünnt wurden. Diese Erfahrung entspricht einer gleichen, die NEUKIRCH mit den Erdalkalien machte. Er konnte nämlich zeigen, daß die fällende Wirkung des $CaCl_2$ und ähnlich die des $MgCl_2$ bei Anwesenheit von NaCl abgeschwächt wird.

Nachdem wir gefunden hatten, daß das Kochsalz auch die globulinfällende Wirkung des Ammoniumsulfats schwächt, handelte es sich noch darum, jenes Mischungsverhältnis zwischen den Salzen NaCl und $(NH_4)_2SO_4$ zu finden, welches das Optimum für die SGR darstellt. Dieses fanden wir empirisch bei Verwendung von $^1/_7$-norm. Kochsalz- und $^1/_{12}$-norm. Ammoniumsulfatlösung gegeben. Letztere entspricht einer 1 %igen Lösung.

Digitized by Google

welche wir durch 40fache Verdünnung einer heißgesättigten Ammoniumsulfatlösung herstellen.

Der Hauptversuch wird ausgeführt, indem man 1 ccm zehnfach mit 0,85 %iger Kochsalzlösung verdünntes inaktiviertes Serum und $^1/_2$ ccm sechsfach mit 1 %iger Ammoniumsulfatlösung verdünnten Extraktes mischt.

Diese Modifikation unterscheidet sich also von der Originalmethode nur dadurch, daß der Extrakt statt mit einer 0,85 %igen Kochsalzlösung mit einer 1 %igen Ammoniumsulfatlösung verdünnt wird.

Wir berichten vorläufig über 200 nach beiden Methoden und mittels der WR untersuchten Sera. Es waren nach der Ammoniumsulfatmethode (ASM) 95,5 % mit der WR übereinstimmend. SGR und WR waren in 92,5 % der Fälle kongruent. Sechs Fälle waren nach der SGR und ASM divergent, und zwar SGR + ASM — 1 Tuberkulose (WR neg., MR neg.). SGR — ASM + 1 Primäraffekt, 1 Lues II, 2 Lues latens, 1 Diabetes mellitus (WR neg., MR neg.). Es war also in vier SGR-negativen, sicheren Luesfällen die ASM positiv. Zu erwähnen ist noch, daß beide Methoden bei ein und demselben Fall von Ulcus molle unspezifisch ausflockten. Somit standen zwei unspezifischen Resultaten nach der einen Methode (1 Diabetes, 1 Ulcus molle) ebenso viele nach der anderen gegenüber (1 Tbc., 1 Ulcus molle).

Nach der WR und ASM waren neun Fälle divergent, die sich wie folgt verteilen:

Diagnose	WR + ASM —	WR — ASM +
Lues latens . . .	1	5
Tabes	1	—
Ulcus molle . . .	—	1
Diabetes mellitus .	—	1

Es war also unter 7 sicheren Luesfällen die WR zweimal, die ASM fünfmal empfindlicher. Dagegen zeigt die WR unter 200 Fällen keine, die ASM zwei unspezifische Ergebnisse. Somit können wir zusammenfassend sagen, daß durch die Verdünnung des Extraktes mit Ammoniumsulfat die SGR empfindlichere Resultate liefert.

Zusammenfassung.

1. Die SGR ist eine willkommene Ergänzung der WR.
2. Die SGR ist etwas weniger empfindlich als die WR.
3. Die Azetonextrakte sind zur Ausführung der SGR ungeeignet.
4. Die globulinfällende Wirkung des Ammoniumsulfats wird durch Kochsalz abgeschwächt.
5. Die SGR wird empfindlicher, wenn man den Extrakt mit Ammoniumsulfatlösung verdünnt.

Literatur.

Sachs u. Georgi, M. Kl., 1918, Nr. 33. — Baumgärtel, M. m. W., 1920, Nr. 15. — Neukirch, Zschr. f. Immunitätsforschung, 1920, Bd. 29, H. 5.

Digitized by Google

Zur operativen Beseitigung des Leistenhodens.

Von

Dr. E. Glass, Spezialarzt für Chirurgie in Hamburg.

Von den Abnormitäten, die auf einem mangelhaften oder ungewöhnlichen Descensus testiculorum beruhen, ist wohl die bekannteste die Retentio testiculi. Hier unterscheidet man zwei Formen, die nur einen graduellen Unterschied bedeuten, die Retentio testis abdominalis (der Bauchhoden) und die Retentio inguinalis (der Leistenhoden), je nachdem die Hoden im Bauche geblieben oder bis in den Inguinalkanal bzw. dicht vor denselben gelangt sind, anstatt in das Skrotum hinabzuwandern. Bei einseitiger Retentio abdominalis spricht man von Monorchismus, bei doppelseitiger von Kryptorchismus.

Auf die Ätiologie des Leistenhodens möchte ich hier weniger eingehen, entwicklungsgeschichtlich ist der Vorgang des Descensus testis ja wohl bekannt. Neuerdings wird u. a. von Hofmann[1]) der Kryptorchismus bzw. Leistenhoden als Folgezustand der Mißbildung des Proc. vaginalis peritonei aufgefaßt, was ich nur erwähnen möchte.

Die Diagnose macht gewöhnlich keine Schwierigkeit, wenn man an den Leistenhoden denkt. Nicht selten bekommt man einen Fall mit der Diagnose Hernia inguinalis zugeschickt; der Kollege vergaß sich zu vergewissern, ob beide Hoden im Skrotum liegen; auch von der Hydrocele funiculi spermatici oder der Hydrocele communicans ist differentialdiagnostisch selbstredend keine Schwierigkeit.

Die Diagnose ist schließlich so leicht, daß manche Mutter mit ihrem Kinde zum Arzt kommt mit der Beobachtung, daß dem Jungen ein oder beide Hoden fehlen.

Welche Indikationen können nun für die Operation in Frage kommen?

1. Häufig ist der vor dem Leistenkanal liegende Hoden einem Trauma ausgesetzt, was dem Träger heftige Schmerzen verursacht.

2. Eine Einklemmung in dem engen Leistenkanal kann Erbrechen, Unterleibsschmerzen usw. verursachen, das Bild wie bei einer Hernieneinklemmung bieten.

3. Der gedrückte oder öfter verletzte Hoden wird vollständig atrophisch, Impotenz ist die Folge.

4. Oft sind es aber sexuell-psychische Beschwerden des Patienten, die den Chirurgen zur Beseitigung eines Leistenhodens veranlassen können.

Bei der Behandlung ist die Anwendung von Bruchbändern durchaus zu verwerfen, weil dadurch meist ein Druck auf den Testikel ausgeübt und die Atrophie befördert wird. Hochsitzende Hoden sind für eine Pelotte auch nicht erfaßbar. Es bleibt die an sich ungefährliche Operation.

---

[1]) Zentralbl. f. Chir., 1920, Nr. 19.

Digitized by Google

Betrachtet man hier die Literatur, so läßt bereits die Menge der Methoden erkennen, daß eine unbedingt sichere Methode der Beseitigung wohl bis heute noch nicht besteht.

Die Operationen haben fast alle zwei Aufgaben: die Mobilisation des Hodens und die Fixierung des mobilisierten Hodens.

Es mag genügen, wenn ich unter den vielen hier die Namen von Schüller, Riedel, König, Gersuny, Bevan, Nicoladoni, Kocher, v. Bramann, v. Bayer, Helfebich, Hahn, Katzenstein, Hermes, Frangenheim, Glass, Lotheisen, Küttner u. a. nenne, die sich teils mit dem ersten Akt der Operation, teils mit dem zweiten mehr beschäftigt haben.

Auf dem letzten Chirurgen-Kongreß empfahl Küttner bei hoher Retentio die Durchschneidung der Samenstranggefäße, was Anschütz mit 17 Fällen (einmal Hodennekrose bei stielgedrehtem Hoden infolge Hernieneinklemmung) unterstützte. In Fällen, in denen eine allzu große Verkürzung der Samenstranggefäße nicht besteht, d. h. für alle Fälle von Leistenhoden, kann ich auch hier, auf meine Veröffentlichung im Zentralbl. f. Chir., 1920, Nr. 8 verweisend, nur meine dort angegebene Methode weiter bestens empfehlen, die darin besteht:

1. Freilegung des äußeren Leistenringes.
2. Spaltung der vorderen Leistenkanalwand.
3. Eröffnung des bestehenden offen gebliebenen Recessus vaginalis, Mobilisierung des Samenstranges und Hodens.
4. Zirkuläre Umschneidung der Blätter des Rezessus, der muskulären und fibrösen Samenstranghüllen bis auf den hinteren Teil, unter dem Vas deferens und Gefäße verlaufen, möglichst weit proximal; weitere Mobilisierung.
5. Verschluß des Peritoneums proximal von der Umschneidung mit Einzelnähten, dadurch Abschluß der Bauchhöhle wie bei angeborener Hernie.
6. Umstülpung der distalen Blätter des Rezessus und der Hodenhüllen und Vernähung im Sinne eines Winkelmann.
7. Annähung des mobilisierten Samenstranges, d. h. einer möglichst hohen Stelle der Umstülpung unter möglichstem Abwärtszug an das Periost des Schambeins (Symphyse) mit zwei Seidennähten.
8. Annähung der untersten umgestülpten Hodenhüllen an der hinteren unteren Skrotalwand (Katgut).
9. Durchgreifende Annähung des Hodensacks unter Abwärtszug an die Haut des Oberschenkels.
10. Oberer Verschluß der Bauchwand wie bei Hernien (Pfeilernähte).

Über ein durch Röntgenlicht geheiltes Ulcus phagedaenicum.

Von

Dr. H. Perl in Frankfurt a. M.

Die Anwendung der physikalischen Therapie bei Geschlechtskrankheiten geschieht nicht sehr häufig, weil es in den meisten Fällen gelingt, mit den üblichen chemischen Methoden zum Ziel zu kommen. Nur gewisse Krankheitszustände stellen Indikationen für die physikalische Therapie dar. So werden z. B. die gonorrhoischen Kniegelenksentzündungen erfolgreich mit Diathermie behandelt, Hodenentzündungen mit galvanischen

Digitized by Google

Strömen, Bubonen mit Röntgentiefenbestrahlungen usw. Im folgenden soll über einen Fall von Ulcus phagedaenicum berichtet werden, welches durch Röntgenlicht zur Abheilung kam.

Am 17. IV. 1920 wurde mir von einem Kollegen der 28 Jahre alte Gärtner L. Sch. zur spezialärztlichen Behandlung überwiesen. Befund: dicht oberhalb der Kranzfurche des Penis ein etwa bohnengroßes, sich etwas hart anfühlendes, stark eiterndes Geschwür mit unterminierten Rändern, welches in der Mitte eine offenbar durch Konfluenz zweier Geschwüre entstandene Einschnürung zeigt. In der rechten Leistenbeuge einige erbsengroße, ziemlich harte, nicht schmerzende Drüsen. Der Nachweis von Spirochäten im Dunkelfeld gelingt nicht. WR negativ. Es wird eine Salvarsankur eingeleitet, das Glied lokal mit heißen Bädern und Dermatol behandelt, außerdem das Geschwür mit der elektrischen Glühschlinge energisch geätzt. Nach drei Tagen keine Änderung. Von da ab wird das Geschwür neben der obigen Behandlung täglich mit Karbolsäure geätzt. Am 14. V. hat Pat. 1.45 Silbersalvarsan i. g. erhalten. Die Kur wird nicht weiter fortgesetzt, da es zweifelhaft erscheint, ob wirklich eine Mischinfektion mit Lues vorliegt. Das Geschwür zeigt nicht die geringste Besserung, die Eiterabsonderung ist außerordentlich stark.

Am 10. VI. wird das Geschwür geröntgt und gleichzeitig die lokale Behandlung mit Ausnahme der Gliedbäder eingestellt (Dosierung: $^1/_3$ Erythemdosis ohne Filter). Nach drei Tagen hat die Eiterabsonderung bereits nachgelassen. Am 19. VI. wird nochmals dieselbe Röntgendosis verabfolgt. In weiteren acht Tagen hat die Eiterbildung völlig aufgehört, der Geschwürsgrund sieht sauber aus. Darauf wird das Geschwür mit Schwarzsalbe nachbehandelt. Am 30. VII. ist es unter Narbenbildung völlig abgeheilt. WR am 18. VIII. negativ.

Die Röntgenbehandlung hat also in diesem Falle die Eiterbildung, die auf chemische Mittel nicht reagierte, in 14 Tagen zum Stillstand gebracht. Es liegt daher der Gedanke nahe, bei hartnäckigen Fällen von Ulcus phagedaenicum die Röntgenbehandlung frühzeitig zu versuchen.

Versammlungen.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 8. Januar 1920.

G. Milian und B. Blum: **Zustand asthmatischer Krise geheilt durch das „914". Diathesische Prurigo.** Schwere asthmatische Krisen und seit vier Jahren bestehendes Hautjucken, normaler Lumbal- und Blutbefund; das Asthma wurde durch drei Einspritzungen von Novarsenobenzol geheilt. In der Diskussion wird die Frage aufgeworfen, ob die Heilung nicht vielmehr auf die außerdem verabfolgten Adrenalineinspritzungen zu beziehen sei.

G. Milian und P. Blum: **Prurigo lymphadénique. Seine nervöse Natur.** Umfangreiche Drüsentumoren. Im Blut polynukleäre Leukozytose ohne Leukämie. Pruritus, Pigmentierung, Lichenifikation. WR —, im Lumbalpunktat Lymphozytose. Strahlenbehandlung der Wirbelsäule bringt vorübergehende Besserung des Pruritus, Verminderung der Lymphozytose, weitere Besserung nach intralumbalen Synkain-, intravenösen Pyramidoneinspritzungen. Dieser Pruritus scheint klinisch dem tabischen nahe zu stehen.

Degrais: **Radiumbehandlung der professionellen epitheliomatösen Radiodermatitiden.** Die verschiedenen Grade von der einfachen Hyperkeratose bis zum Epitheliom darstellenden Veränderungen wurden durch Radium wesentlich gebessert. In der Diskussion wird besonders von Brocq zu großer Vorsicht bei dieser Behandlung geraten.

Thibierge und Boutelier: **Verborgene Urticaria pigmentosa bei einem Kinde von sieben Monaten.** Es fanden sich nur drei Flecke im unteren Abschnitte des Rückens, während es sich sonst meist um ausgebreitete Eruptionen handelt.

G. Thibierge und P. Legrain: **Zylindroma der Vulva im Aussehen an Botrymykoma erinnernd.** Ausgezeichnet durch den seltenen Sitz am großen Labium und die amorphe transparente Substanz des Tumors; hyaline, nicht mukoide Degeneration

Digitized by Google

Gastou: **Fall von polymorpher Eruption auf Grund des Zusammentreffens verschiedener Krankheitsursachen.** Erkrankt kurz nacheinander an Schanker, Krätze, Diphtherie, wegen deren Serumeinspritzung; darauf papulo-squamöses Syphilid des ganzen Körpers, gleichzeitig polymorphes Exanthem verbunden mit ekzematiformen und nässenden Läsionen. Letzteres Serumexanthem, ersteres Syphilis, durch die Seruminjektion provoziert.

Hudelo, Civatte und Rabut: **Granuloma annulare mit zerstreuten Läsionen. Behandlung mit Tuberkulin.** Rapides Verschwinden der Läsionen nach Tuberkuleinspritzungen scheint für die bazilläre Natur der Affektion und deren Verwandtschaft mit den Sarkoiden und anderen Tuberkuliden zu sprechen.

Ch. Laurent: **Ein Fall von unbestreitbarer syphilitischer Reinfektion nach einer Pause von fünf Jahren.** Der Sitz des zweiten Schankers ist ein anderer als der des ersten, beide Male positiver Spirochätennachweis, ein halbes Jahr vor der zweiten Erkrankung negativer Wassermann.

Cl. Simon: **Notiz über vergleichende Untersuchungen der Bordet-Wassermannschen Reaktion im Blut und im Urin.** In 166 Fällen fand sich 89 mal Übereinstimmung (62 negativ, 27 positiv), unter 77 differierenden war die Reaktion positiv im Blut 62 mal, im Urin 15 mal. Die positiven Befunde im Urin nehmen mit der Dauer der Erkrankung zu; in den differenten Fällen war sie stets zugunsten des Blutes beim Schanker, der sekundären und hereditären Syphilis, bei latenter Syphilis 24 mal für Blut, 10 mal für Urin, bei tertiärer Syphilis gleich. Will man die Syphilis bis zum Schwinden der Reaktion im Blut und der Lumbalflüssigkeit behandeln, so muß man auch den Urin hinzunehmen. Von pathologischen Veränderungen des Urins ist die Reaktion nicht abhängig, es darf keine zu große Menge genommen werden.

G. Milian: **Naevus haemolymphaticus in ulzeröses Lymphangioma umgewandelt.** Läsion am Abdomen und der rechten Flanke, bei der Geburt bemerkt, bis zum 15. Lebensjahr kaum vergrößert, nach Röntgenbehandlung fast völlige Heilung. 11 Jahre später Entwicklung einer Ulzeration, die als Radiodermatitis aufgefaßt wurde und sich unter Salbenbehandlung überhäutete. Erneute Ulzerationen zur Zeit der Menses, mehrfache erfolglose Behandlungen, später Schmerzen, Fieber. An den bestehenden Ulzerationen sind drei Läsionen bedeutungsvoll: kleine Ulzerationen, hämorrhagische Dilatationen, zitronenfarbige Dilatationen. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich nicht wie zuvor angenommen um eine banale infektiöse Affektion handelte, sondern um einen Tumor durch maligne Transformation des Nävus, wahrscheinlich als Folge der Röntgenbehandlung, ein Lymphangioma oder Hämolymphangioma, während die ursprüngliche Affektion nicht als Lymphangioma congenitale, sondern als Lymphangiectasia congenitalis oder Naevus lymphaticus bezeichnet werden sollte.

E. Levin-Berlin.

Ergänzungssitzung vom 22. Januar 1920 (Hospital Cochin).

L. Queyrat und M. Mouquin: **Zwei Fälle von Syphilis maligna praecox.** a) Frühzeitiges Auftreten von ulzerösen und rupioiden Erscheinungen. WR erst mehr als $2^1/_2$ Monate nach Beginn des Schankers positiv, Spirochäten im Schanker und Saft der Pusteln negativ, ebenso im Gewebe nach Silberimprägnierung. Schnelle Besserung nach Arsenobenzol. b) Bei erster Untersuchung (weil Verkehr mit Syphilitiker stattgefunden hatte) kein Befund; sechs Wochen später nach Bronchopneumonie Erscheinungen, papulo-vesikulöse Effloreszenzen, die sich vergrößern, krustös werden. Mäßige Adenopathie, keine Genital-, Analschleimhauterscheinungen, kein Primäraffekt. Sehr schlechter Allgemeinzustand, Temperatur 38—40°. WR $2^1/_2$ Monate nach der Infektion schwach, nach mehr als drei Monaten völlig positiv. Spirochäten dauernd im Dunkelfeld und nach Fontana negativ, desgleichen in Schnitten bei Silberimprägnierung. Kulturen aus Blasen und Pusteln ergaben Staphylokokken und kurze Streptokokkenkettchen. Inokulation am Skrotum zweier Hasen negativ. Glänzender Erfolg von Novarsenobenzol. In der Diskussion wird die Ansicht ausgesprochen, daß es sich mehr um Syphilis gravis als maligna gehandelt habe.

L. Queyrat: **Über Syphilis maligna praecox.** Es ist zu unterscheiden zwischen Syphilis gravis und Syphilis maligna praecox. Erstere zeigt Auftreten tertiärer Erscheinungen, besonders Ulzerationen bei Bestehen von makulösen, papulösen Effloreszenzen, Plaques muqueuses, man findet in ihnen Spirochäten. Bei Syphilis maligna praecox

Digitized by Google

plötzliches Auftreten von papulo-vasikulösen, dann pustulösen, dann ulzero-krustösen Effloreszenzen, niemals Roseolen oder Plaques muqueuses. Erscheinungen schubweise, daher die verschiedenen Stadien miteinander zu vergleichen. Spirochäten niemals, weder im Dunkelfeld, noch nach Giemsa, Burri, Fontana nachweisbar, auch nicht in Schnitten nach Levaditi. WR wird erst sehr spät positiv. Geringer Einfluß der Hg-Behandlung, KJ besser, doch inkonstant, Arsenobenzol wunderbar. Im Gegensatz zu Syphilis gravis bei Syphilis maligna keine viszeralen Komplikationen, keine Nervenerscheinungen. Warum eine Syphilis als maligne auftritt, ist nicht zu sagen, ungünstige konstitutionelle Verhältnisse liegen oft nicht vor. Ob ein besonderes Treponema als Ursache anzunehmen ist, ist nicht sicher, der einzige Weg der Entscheidung, Impfung auf Anthropoide, ist zur Zeit nicht gangbar, da im Institut Pasteur keine Affen.

L. Queyrat: **Epitheliom des rechten Nasenflügels mit metastatischen subkutanen Knötchen (Krankenvorstellung).** Typisches tubuläres Epitheliom mit metastatischen subkutanen Knötchen (unterhalb des Nabels, Fossa subspinosa, Vorderseite der rechten Schulter, neben der Lendenwirbelsäule). Zunahme der Knoten in zwei Monaten.

A. Civatte: **Multiple Tumoren des behaarten Kopfes.** Die Erscheinungen sind zahlreich im Gesicht und auf dem behaarten Kopf, der übrige Körper ist fast frei. Die nicht häufige Krankheit ist von den Autoren unter verschiedenen Namen aufgefaßt worden: Zylindrom, multiples benignes Epitheliom, Endotheliom. Hier histologisch neoplastisches Gewebe, das die Nachbargewebe und -organe verdrängt, ohne sie zu verändern, und in der Haut zahlreiche Aushöhlungen bewirkt. Unterhalb der Neubildung im Papillarkörper häufig erweiterte Kapillaren. Epidermis auseinandergezogen, intakt. In allen Elementen des Tumors dieselbe Neigung zur Knospung und hyalinen Degeneration des Stützgewebes, die schließlich den epithelialen Tumor erstickt. Im vorliegenden Falle wurde spontane Heilung beobachtet, ferner neben den Zylindromen im Gesicht Tumoren vom Typus des Adenoma sebaceum und aller Zwischenstufen von Adenom zum Zylindrom.

L. Queyrat: **Syphilitischer Schanker des kleinen Fingers (Photographie).** Sehr seltene Lokalisation; Entstehung bei einem jungen Mädchen, die sich an der Saite einer Mandoline verletzt und dann mit dem Finger die Genitalien eines jungen Mannes berührt hatte.

L. Queyrat: **Fibrom des Zeigefingers (Moulage).** Enukleation der fibromatösen Kugel.

J. Darier und L. Périn: **Dystrophia papillaris et pigmentosa. Ihre Beziehungen zur Abdominalkarzinose.** Schon zweimal vorgestellte Kranke mit Akanthosis nigricans. Karzinom der Bauchhöhle zunächst nicht nachweisbar, dann am Magen konstatiert. Die Beziehung zum Karzinom der Bauchhöhle ist, abgesehen von der juvenilen Form der Akanthosis nigricans, die Regel, so daß, wenn Karzinom nicht nachweisbar, aber wahrscheinlich, die Probelaparatomie berechtigt ist. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Störungen und Atrophien.

Beitrag zur Histologie der Dermatitis chronica atrophicans, von E. Attinger. (Basel 1917.) Vier Fälle, von denen nach der von Rusch aufgestellten Einteilung drei zu den rein atrophischen Formen gehören, während einer zu den schon makroskopisch mit entzündlichen Erscheinungen einhergehenden Formen zählt. Daß diese Einteilung nur klinisch, nicht aber histologisch aufrechterhalten werden kann, geht auch aus der vorliegenden Beschreibung hervor, denn mikroskopisch besteht zwischen den klinisch atrophischen und den klinisch hypertrophischen, entzündlichen Fällen nicht eine qualitative, sondern nur eine quantitative Differenz. Auch differieren die makroskopisch entzündlichen Formen und die makroskopisch atrophischen Formen nicht zeitlich. In einzelnen Präparaten vom ersten Fall finden sich direkt neben makroskopisch atrophischen Stellen makroskopisch hypertrophische. Histologisch differieren diese beiden, grob genommen, nur in der Breite der Infiltrationszonen und in der mehr oder weniger fortgeschrittenen Sklerose der tieferen Kutisschichten. Die Breite der Infiltrationszone und auch die der sklerosierten tieferen Kutisschichten ist größer bei der klinisch entzündlichen Form, geringer bei der klinisch atrophischen. Der Schwund der elastischen

Digitized by Google

Fasern ist in beiden Formen hochgradig. Hervorzuheben ist weiter, daß neben der entzündlichen Infiltration und Atrophie der elastischen Fasern als weitere Veränderung des Gewebes die Verbreiterung und Homogenisierung der Bindegewebsbalken der Kutis in einem Falle sehr markant hervortritt. Sie ist ebenfalls als Folge der Schädigung des Gewebes durch die noch unbekannte Noxe aufzufassen. Im ersten Fall wurde als neuer Befund in der Histologie der Dermatitis chronica atrophicans Riesenzellenbildung festgestellt. Ein Fall von diffuser Hautatrophie bei einer 70jährigen Frau zeigte bei der Autopsie eine ziemlich ausgedehnte Lungentuberkulose. F. Weiler-Leipzig.

Über torpide Geschwüre nach Schußverletzungen, von URBAN-Hamburg. (M. m. W., 1919, Nr. 50.) Diese Geschwüre rechnet Verf. zu den Trophoneurosen. Dadurch erklärt sich die Schwierigkeit der Heilung. Die Geschwüre müssen deshalb samt dem Grunde und den kallösen Rändern radikal mit dem Messer entfernt werden. Die entstandene Lücke ist entweder durch Naht zu schließen oder, wo dies nicht geht, durch gestielte Lappen zu decken. G. Heymann-Elbing.

Zur Behandlung schlecht heilender Narbengeschwüre, von RUD. PÜRKHAUER-München. (M. m. W., 1919, Nr. 45.) Empfehlung der zirkulären Umschneidung des Narbengeschwürs. v. Notthafft-München.

Zur Therapie des Lupus erythematosus, von AXMANN-Erfurt. (D. m. W., 1919, Nr. 51.) Verf. sah bei dieser Erkrankung sehr gute Erfolge von der BESSUNGERschen Methode. Als Jodpräparat benutzte er 20%iges Jodolytester-Azeton-Lanepsöl (BAYER) unter gleichzeitiger kombinierter Bestrahlung mittels Röntgen- und Uveollicht. Beim Eigenversuch verliefen die Reaktionen an zwei Stellen des Oberarmes bei Radiumbestrahlung, von denen die eine mit Jod vorbehandelt, die andere unbehandelt war, völlig gleichwertig. In diesem Versuch ließ sich also eine größere Tiefenwirkung durch Sekundärstrahlen, die vom Jod erzeugt wurden, nicht feststellen.
de Lemos-Hamburg.

Maligne Neubildungen.

Trypaflavin und Trypaflavinsilber (Argoflavin) in der Therapie maligner Geschwülste, von CARL LEVIN-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1920, H. 1.) Argoflavin wurde in Dosen bis zu 0,075 g dreimal wöchentlich intravenös ohne Schädigung vertragen. Rückbildung bzw. Wachstumsstillstand der Tumoren wurde bei beiden Mitteln beobachtet. Beide sind gute innere Antiseptika, mit Erfolg angewandt besonders bei Infektionen der Harnwege; kombiniert mit Trypaflavinblasenspülungen (1‰). Bei jauchenden, zerfallenden Tumoren wirkt Trypaflavin desodorierend und sekretionsbeschränkend. de Lemos-Hamburg.

Primäres Sarkom der rechten Gaumenmandel, operiert von der lateralen Halsseite aus (Sarcoma primitiva alla tonsilla palatina dextra operata per via cervicale laterale), von ABELE AGELLO. (Riforma m., 1918, Nr. 26.) Bei der relativen Seltenheit primärer Sarkome der Gaumenmandeln verdient dieser Fall, in welchem es sich um ein kleinzelliges Sarkom handelte, besonders histopathologisches und chirurgisches Interesse. Die WR war negativ. Wolff-Wiesbaden.

Der Drüsenkrebs des harten Gaumens, von GEORG BOENNINGHAUS-Breslau (mit 4 Abb.). (Bruns Beitr., 1918, Bd. 3, H. 1.) Der Drüsenkrebs kommt am harten Gaumen vor in den beiden Formen des hornfreien, adenogenen Hautkrebses RIBBERTS, dem Adenokarzinom im engeren Sinne und dem Zylindrom. Die früher viel umstrittene pathologisch-anatomische Einheit dieser Formen wird durch den gelegentlichen Übergang des Zylindroms des harten Gaumens in das Adenokarzinom bewiesen. Die Einheit beider Tumoren wird auch gestützt durch die Gleichheit der klinischen Bilder. Die Gleichheit der klinischen Bilder wird hervorgerufen durch die Abkapselung der Tumoren, wodurch eine relative Gutartigkeit gegenüber dem Plattenepithelkrebs bedingt ist, die beim Zylindrom größer ist als beim Adenokarzinom. Die relative Gutartigkeit findet gewöhnlich ihren Ausdruck in der Kugelform des Tumors, in der Intaktheit der Schleimhaut, in dem langsamen Wachstum. Dieser Ausdruck der Gutartigkeit des primären Tumors am harten Gaumen bleibt gewöhnlich sogar bestehen beim schließlichen Eintritt des schneller verlaufenden bösartigen Stadiums. Das bösartige Stadium ist anatomisch gekennzeichnet durch das Wachstum des Tumors durch die Gaumenplatte in Nasen- oder Kieferhöhle und klinisch durch Verstopfung der Nase bzw. Auftreibung des Oberkiefers. Die Behandlung besteht in der Entfernung des Gaumentumors möglichst schon im gutartigen Stadium. W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Entwicklung des Karzinoms der Brust, von PARKER SYMS-New York. (J. Am. m. Ass., 1917, Bd. 69, Nr. 6.) Während des ganzen Lebens besteht ein dauernder Wechsel in der Funktion und Struktur der Brust, eine dauernde Störung des Gleichgewichts des Epithels. Dieses gestörte Gleichgewicht ist ein charakteristisches Merkmal des Karzinoms und der verwickelten, chronische zystische Mastitis genannten Krankheit, durch deren Studium die Entwicklung des Karzinoms aus dem Normalzustand gefunden wird. Auf dem genannten Charakteristikum beruht die Häufigkeit beider Erkrankungen, ihre nahe Verbindung; das Karzinom ist das letzte Stadium eines fortschreitenden Prozesses. Nach einer Statistik von MAC CARTY fanden sich unter 1373 Fällen von chronischer zystischer Mastitis 406 ohne, 967 mit Karzinom, dieses also in 70%, bei anderen Autoren in 10—50%. Nach allgemeiner Ansicht scheint es sich nicht in sonst normaler Brust zu entwickeln. Die Grundlage der Veränderungen sind Reizungen, die zuerst zu chronischer zystischer Mastitis, dann zum Karzinom führen; bessere Kenntnis der präkarzinomatösen Stadien, ihre Heilung oder Beseitigung wird die Entwicklung des Karzinoms verhüten. E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Kenntnis der Narbenkarzinome, von HEINRICH HOFIUS. (Diss., Kiel 1919.) Drei Fälle. Bei dem ersten Fall handelt es sich um eine Krebsentwicklung in der Harnröhre auf Grund narbiger Veränderung des urethralen Gewebes bei einem 54 Jahre alten Mann. Im zweiten Fall bestand bei einer 68 Jahre alten Frau seit Jahren zwischen dem dritten und vierten Finger rechts eine Narbe, die zeitweise aufsprang. Auf dieser entwickelte sich vor einigen Jahren eine Geschwulst, die zur Zeit der Operation Faustgröße erreicht hatte. Der dritte Fall betrifft eine 71 Jahre alte Frau, die im Anschluß an einen juckenden, nässenden, hartnäckigen Hautausschlag an den Schienbeinen mit einem handflächengroßen Karzinom zur Operation kam.
F. Weiler-Leipzig.

Die Hauterscheinungen der Hodgkinschen Krankheit: Lymphogranulomatosis, von H. N. COLE-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1917, Bd. 69, Nr. 5.) Unter 33 sicheren und einem fraglichen Falle von Hodgkinscher Krankheit fand sich 13mal Beteiligung der Hautdecke. Die durch die Erkrankung verursachten Hautläsionen können in zwei Gruppen geteilt werden, 1. wirkliche Lymphogranulomatose der Haut, 2. durch die allgemeine Infektion hervorgerufene Läsionen, die jedoch nicht die charakteristischen histologischen Veränderungen zeigen; so wären unter „pseudoleukemids" oder „pseudolymphadenids" zu rubrizieren Purpura, prurigoähnliche Exantheme, Pruritus, Urtikaria, Pigmentationen, Ödeme, einige Störungen der Ernährung wie in einem Falle von Alopecia areata und einige Fälle von allgemeiner exfoliativer Erythrodermie. Ob die Mycosis fungoides eine Hautform der Hodgkinschen Krankheit ist, bleibt dahingestellt.
E. Levin-Berlin.

Über myeloide Hautinfiltration bei chronischer myeloider Leukämie, von JOHANN SAPHIR und RICH. SEYDERHELM-München. (M. m. W., 1920, Nr. 3.) Beschreibung eines einschlägigen Falles mit Neigung zu raschem Zerfall der Geschwülste und auffallend hohem Gehalt des Blutes an myeloiden Gebilden.
v. Notthafft-München.

Über einen Fall von Mycosis fungoides, von ROBIN VON ELTZ. (Diss., Leipzig 1919; Klinik RILLE.) Der vorliegende Fall bei einer 48jährigen Bauersfrau entspricht dem typischen klassischen, von BAZIN festgelegten Bilde der Mycosis fungoides. Die schlimmsten Veränderungen befinden sich auf dem Kapillitium. Patientin ist vor 12 Jahren erkrankt. Das Stadium erythematosum hat etwa 6 Jahre gedauert, wobei das Allgemeinbefinden nur durch Jucken alteriert wurde. Dann traten die Plaques, das lichenoide Stadium, auf, damit stärkere Alteration des Allgemeinbefindens und starker Kräfteverfall. Seit etwa $^3/_4$ Jahren herrscht das Stadium fungoides mit weiterer Kachexie. Die drei verschiedenen Stufen blieben dabei alle bestehen, so daß nun alle drei, nach KAPOSI vier Stadien einschließlich des Stadium ulcerationis vertreten sind. Die Arsenbehandlung führte zu Herzbeschwerden und Verdauungsstörungen, die Röntgentherapie zum Zerfall der meisten Tumoren, gleichzeitig aber auch zu großen Schmerzen und starkem Kräfteverfall. Durch Terpentinjektionen wurde eine weitgehende Besserung erzielt. Es zeigte sich ein deutliches Zurückgehen aller entzündlichen Erscheinungen und das Schwinden der Tumoren in etwa 2 Wochen. F. Weiler-Leipzig.

Zur Frage des Boeckschen Sarkoids, von G. STÜMPKE-Hannover-Linden. (M. Kl., 1920, Nr. 7.) Verf. berichtet ausführlich über einen einschlägigen Fall: eine jetzt 35jährige Frau leidet seit 13 Jahren an einer typischen Affektion zunächst der rechten Wange und des linken Oberarms. Die anfangs stecknadelkopfgroßen Läsionen haben

Digitized by Google

sich trotz angemessener Behandlung durch verschiedene Fachärzte weiter ausgebildet, Handtellergröße erreicht und auch andere Gebiete ergriffen. Im Jahre 1917 wurde Pat. auf der Tagung der südwestdeutschen Dermatologen in Frankfurt a. M. vorgestellt, wo der Diagnose allgemein zugestimmt wurde. Die durch Probeexzision gewonnenen histologischen Verhältnisse werden an der Hand von zwei Abbildungen erläutert, sie entsprechen dem Befund des typischen Boeckschen Sarkoids. Tuberkelbazillen konnten nicht nachgewiesen werden, und auf Tuberkulininjektion erfolgte keine lokale Reaktion.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Prognose der Chromatophorome (Melanosarkome), von Gerhard Gilbert. (Diss., Berlin 1919.) Fall 1. 17jährige Pat., die seit einem halben Jahr ein kleinlinsengroßes Geschwülstchen am rechten Vorderarm hat. Dasselbe ist von bläulich schwarzer Farbe, hat harte Konsistenz und ist völlig scharfrandig gegen die Umgebung abgesetzt. Fall 2. 34jährige Frau. Seit 2 Jahren kleines blauschwarzes Knötchen am rechten Oberschenkel, das sich sehr langsam vergrößerte. In den letzten Monaten stärkeres Wachstum und geschwüriger Zerfall. In beiden Fällen wurden die Patientinnen geheilt. Im ersten Fall genügte die einfache Exzision des Tumors, der sich klinisch noch völlig im Latenzstadium befand. Der zweite Fall zeigt, daß auch noch, wenn das klinische Latenzstadium bereits überschritten ist, der Wucherungsprozeß sich aber noch in einem gewissen Anfangsstadium befindet, eine völlige Heilung möglich ist, wenn neben der radikalen Exzision des Primärtumors auch die regionären Lymphdrüsen entfernt werden.
F. Weiler-Leipzig.

Zur Kasuistik seltener Geschwulstbildungen, von Mathias. (B. kl. W., 1920, Nr. 17.) Im ersten Falle handelte es sich um eine Neubildung am Nabel, welche aus einer Abschnürung eines Darmrohranteiles hervorgegangen ist, um ein Choristom, und, da eine blastomatöse Wucherung des ganzen Gewebsrestes stattgefunden hat, um ein Chorioblastom. Die Ableitung vom Darm scheint gesichert durch die Struktur der einzelnen Epithelzellen; durch den Gesamtaufbau, der den Schichten der Darmwand entspricht; durch den Sitz an einer Stelle, die im fötalen Leben mit dem Darmrohr in Verbindung steht. Im zweiten Falle handelte es sich um eine krebsig entartete Parotismischgeschwulst, um geschwulstmäßiges Wachstum eines atavistisch aufgetretenen Gewebsrestes. Der Sitz der Parotisgeschwulst war die Oberlippe, wo sie beim Menschen in der normalen Ontogenie nicht vorkommt, wohl aber in weit zurückliegender Vorfahrenreihe.
O. Sprinz-Berlin.

Haare und Nägel.

Über Trichosen, besonders die der Julia Pastrana I., von Josef Fuchs. (Diss., Bonn 1917.) Julia Pastrana trat 1857 in London als Sängerin und Tänzerin auf. Sie starb 2 Jahre später als 23jährige und wurde einbalsamiert. Verf. führt das Ergebnis der Untersuchungen an den Haarproben an, die Bonnet selbst der Mumie entnommen hatte. Aus der Menge der über Julias Behaarung bekannten Tatsachen läßt sich feststellen, daß es sich um eine universelle, vererbbare Überbehaarung mit Terminalhaar handelt, die mit normaler männlicher Behaarung vollkommen übereinstimmt und sie insofern noch übertrifft, als sie sich auch auf normalerweise bei Männern nicht auffallend behaarte Partien wie Stirn und Ohren erstreckt.
F. Weiler-Leipzig.

Über Dunkelfärbung nachwachsender Haare bei Alopecia areata, von W. Brechmeyer. (Diss., Bonn 1918.) Ausgehend von einem an der Bonner Hautklinik beobachteten Fall, erwähnt Verf. ähnliche in der Literatur beschriebene Fälle von Dunkelfärbung nachgewachsener Haare nach geheilter Alopecia areata und nach Trichophytie mit Kerion Celsi. In seinem Fall zeigt weder der Haarboden einen pathologischen Befund noch das Haar selbst bei der mikroskopisch-histologischen Untersuchung. Unter Heranziehung der Theorien von Meirowsky und der von Bloch über Pigmentbildung kommt er zu dem Schluß, daß es hier wohl, wie so häufig in der Natur, nach einem vorangegangenen Ausfall zu einer Überproduktion von Pigment gekommen sei, bzw. von Dopaoxydase, dem nach Bloch zur Pigmentbildung erforderlichen Ferment. Da in den bisher bekannten Fällen ultraviolette bzw. Röntgenstrahlen angewandt wurden, wird diesen ein gewisser Einfluß auf die Pigmentierung der Haare beigemessen.
E. Brinitzer-Altona.

Über Haarausfall, von v. Zumbusch-München. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1918, Nr. 22.) Verf. gibt eine kurze, übersichtliche Zusammenstellung der krankhaften Ver-

Digitized by Google

änderungen der Haare und der Kopfhaut mit differentialdiagnostischen und therapeutischen Hinweisen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Pathogenese des Haarausfalls nach Grippe, von E. Pulay-Wien. (M. Kl., 1919, Nr. 49.) Zur Erklärung des so vielfach beobachteten Ausfallens der Haare nach Grippe hat man teils das hohe Fieber teils eine besondere Toxinwirkung als ätiologische Momente angegeben. P. lehnt beide Erklärungen als nicht stichhaltig ab und erklärt die Erscheinung vielmehr durch eine besondere Reizbarkeit des Sympathikus und Labilität des Gefäßsystems bei diesen Patienten. Eine Störung des Blutkreislaufs im Bereich der Haarwurzeln ist bei der Grippe mit ihrer sonstigen starken Beeinflussung des Herz- und Gefäßsystems sowohl der Entstehung als ihrer Wirkung nach sehr begreiflich. Demgemäß erzielt man bei frühzeitig zur Behandlung gelangenden Fällen sehr befriedigende Resultate durch tonisierende Behandlung mit Strychnin, Chinin, Arsen, Adrenalin und eventuell mit Atropininjektionen (P. hat drei sonst refraktäre Fälle mit Atropin behandelt) und durch lokal hyperämisierende Mittel, von denen das Quarzlicht in vorsichtig gegebenen Dosen obenan steht. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Haarausfall nach Influenza, von Sam. Beck-Budapest. (Orv. Ujsag., 1919, Nr. 20.) Wie nach anderen schwächenden Fieberkrankheiten tritt der Haarausfall auch nach schweren Influenzaerkrankungen auf. Doch die Art und Weise und die Malignität der Influenza ist auffallend. Binnen 1—2 Wochen verkürzt sich die Länge der Frauenhaare auf die Hälfte, durch den Verlust der ausgewachsenen älteren Haare, dann kommt der Verlust der jüngeren rapid nach. Nach P. Pinkus dürfen bei normalem Haarverlust diese Haare (unter 16 cm Länge) nicht mehr als 25% ausmachen. Rascher tritt dieses Ergebnis auf, wenn vorher eine Seborrhoe bestand. Oft wird der Haarausfall von einem Tag auf den anderen 3—6 Wochen nach Beendung der Krankheit mit Schrecken wahrgenommen. Der Haarboden ist auch nach vorheriger Seborrhoe vollkommen rein, schuppenfrei. Die Haare werden trocken, brüchig, dünnfädig, verlieren den Glanz und Farbenton, schauen bestaubt aus, und die Enden sind gespaltet. Die Kopfhaut wird schmerzhaft auf Druck. Bei Auseinanderlegen der Haarbüschel zeigt sie keine geringe Hyperästhesie. Die Malignität des Haarausfalls zeigt sich im rapiden Fortschreiten und in der Unbeeinflußbarkeit durch die gewohnten Mittel (Lösungen, Salben usw.). Manchmal tritt er nach ganz kurzer Krankheitsdauer auf. Die starke Behaarung scheint widerstandsfähiger zu sein als die dünnfädigere. Ganz ohne Erfolg war die Anwendung der Quarzlampe. Doch zur Beschleunigung des Nachwuchses ist die künstliche Höhensonne erfolgreich. Nach 6—10 Expositionen von 10—40 Minuten (jeden zweiten Tag oder täglich) sind dicht nachwachsende junge Haare schon zu konstatieren. Unter normalen Verhältnissen macht der Nachwuchs in 3—4 Monaten 1 cm aus, während die behandelten in dieser Zeit 3—4 cm wachsen und festsitzen.
M. Porosz-Budapest.

Des Haarschwunds Ursache und Behandlung, von S. Jessner-Königsberg i. Pr. (Achte Aufl., Leipzig 1920, Kabitzsch.) Es ist das erste Heft der Dermatologischen Vorträge Jessners für Praktiker. Es bringt die Alopecia adnata, A. senilis, A. praematura, A. seborrhoica, A. areata, A. mycotica (trichophitica und favosa), A. symptomatica (traumatica) und A. im Gefolge von Allgemeinerkrankungen. Diagnose und Therapie sind ausführlich geschildert. Wir können das Heftchen Studierenden und Ärzten nur sehr empfehlen. Dazu der Vorzug der Billigkeit bei der jetzigen allgemeinen Teuerung auf dem Buchmarkt. Wolff-Wiesbaden.

Defekt fast sämtlicher Nagelplatten, von O. Kren. (W. m. W., 1919. Nr. 44.) Es handelt sich um einen 23jährigen Mann, der den Defekt isoliert zeigt. Der Nagelwall ist erhalten, ebenso das Nagelbett. Vorn, wo der Nagel sein sollte, ist eine leichte Hyperkeratose der Fingerbeere. Die Lunula fehlt. Der Defekt findet sich an allen Fingern und an der Mehrzahl der Zehen, indem nur zwei derselben kleine Hornschichtauflagerungen tragen, zwei außerdem dünne Nagelplatten aufweisen. Beschwerden fehlen. In der Literatur sind 10—12 Fälle dieser Art beschrieben, in denen es sich teils um vollständigen, teils um teilweisen Defekt der Nägel handelt.
H. Vörner-Leipzig.

Beeinflussung des Wachstums der Horngebilde (Haare, Nägel, Epidermis) durch spezifische Ernährung, von N. Zuntz-Berlin. (D. m. W., 1920, Nr. 6.) Im Selbstversuch wurde eine Wachstumszunahme der Kopf- und Barthaare um das Doppelte nach Gaben von hydrolisierter, verdaulicher Hornsubstanz per os festgestellt. Versuche an Schafen ergaben dasselbe Resultat. Die Wollhaare wurden fester und dicker. Bei

Digitized by Google

Patienten, die über Haarausfall klagten, trat nach der Hornbehandlung Besserung ein auch ein Einfluß auf die Festigkeit und Resistenz der Nägel ließ sich nachweisen. Die chemische Analyse des Haares ergibt gegenüber den übrigen Körperbaustoffen einen hohen Schwefel- bzw. Zystingehalt. Das hydrolisierte Horn wird als Originalpräparat „Humagsolan" von Faltinger & Co., Berlin NW 7, hergestellt. de Lemos-Hamburg.

Dermatomykosen.

Die Pilzerkrankungen der menschlichen Haut, von B. Chajes-Berlin. (M. Kl., 1918, Nr. 13.) Die grundlegenden Arbeiten über die Pilzerkrankungen der menschlichen Haut stammen erst aus den letzten Jahrzehnten (abgesehen von Schönleins Entdeckung des Favuserregers 1839 und einigen anderen Arbeiten) und sind systematisch zusammengefaßt von Sabouraud (les teignes) und Plaut (in Mraçeks Handbuch der Hautkrankheiten). In den meisten Fällen genügt für die Diagnose die mikroskopische Untersuchung der Haare resp. der Schuppen in 30%iger Kalilauge; in anderen Fällen kommt das Kulturverfahren auf Peptonagar-Nährboden (vgl. Original) in Betracht. Chajes bespricht in der vorliegenden Arbeit als die wichtigsten, beim Menschen vorkommenden Dermatomykosen: 1. die Pityriasis versicolor; 2. das Erythrasma; 3. Trichophytien; 4. Favus. 1. Die Pityriasis versicolor. Erreger: Microsporon furfur. Kulturverfahren schwierig. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Erythrasma, Intertrigo in der Inguinalgegend, frühere Jodpinselungen, ältere Pigmentreste (Syphilis, Diabetes). Therapeutisch: 5%ige Jodtinktur, 3%iger Salizylspiritus, 5%ige Schwefelsalbe. 2. Das Erythrasma. Erreger: Microsporon minutissimum; besonders häufig in der Inguinal- und Axillargegend und sonst an den durch gegenseitige Berührung feuchten Hautstellen, speziell bei starker Schweißsekretion vorkommend. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Pityriasis versicolor, Eczema intertriginosum, das meist stärker infiltriert ist und zum Nässen neigt, und das Eczema marginatum. Therapie: 3%iger Resorzin-Salizylspiritus, verdünnte Jodtinktur (Jodtinktur 1 : Spiritus 2—3), 5—10%ige Schwefelsalben oder Pasten, Steinkohlenteer, 5—10%ige Chrysarobinsalben und dergleichen. Häufig Rezidive. 3. Trichophytie. Diese im Vordergrund des Interesses stehende Dermatomykose schildert der Verf. besonders ausführlich. (Die Arbeit ist im März 1918, d. h. vor Beginn der großen, jetzt fast $1^1/_2$ Jahr bestehenden Trichophytieepidemie erschienen. Der Ref.) In bezug auf Details muß auf das Original verwiesen werden. Morphologisch sind zunächst zwei große Gruppen zu unterscheiden, und zwar nach der Größe der Sporen: 1. Mikrosporiegruppe (kleinsporig) und 2. Trichophytiegruppe (großsporig), und innerhalb dieser Gruppen Unterabteilungen nach dem Wachstum der Pilze: a) Ektothrixarten, die nur an der Außenfläche der Haare wachsen und fast ausnahmslos tierischen Ursprungs sind, und b) Endothrixarten, die innerhalb der Haare wachsen; hier unterscheidet Plaut je nach der Abstammung einen tierischen und einen menschlichen Typ. Es kann im Rahmen des Referates auf die klinischen und differentialdiagnostischen Merkmale der einzelnen Trichophytieformen nicht eingegangen werden. Therapeutische Winke gibt der Verf. für die Hauttrichophytie: Pinselung mit verdünnter Jod-Tinktur (Tinct. jodi 10,0, Spiritus 30,0) oder Epikarinspiritus 5%, jeden zweiten Abend; jeden Morgen und jeden freien Abend Resorzin-Salizyl 2% Alkohol. Nur bei tieferen Formen der Hauttrichophytie hält er Röntgenbestrahlung für erforderlich; im allgemeinen glaubt er auch in diesen Fällen Salben entbehren zu können, evtl. β-Naphthol 2—5% + Sulfur praecip. 5—10%, Sapo virid. 20.0, Vaseline ad 100. Evtl. auch 5%ige Chrysarobinsalbe. Für die Kopftrichophytien: Kurzschneiden der Haare, evtl. Epilation durch Röntgenbestrahlung; tägliches Waschen mit Seifenspiritus, verdünnter Jodtinktur oder Epikarinspiritus. Bei den tiefen Formen: feuchte Wärme, besonders mit 2%iger Resorzinlösung zweimal täglich Verbandwechsel mit vorhergehenden heißen Umschlägen mit 2%iger Resorzinlösung resp. Sublimatlösung 1 : 3000. Ist keine Eiterung mehr vorhanden: Salbenverbände mit Naphtholschwefelsalbe. Bei der Therapie der oberflächlichen Barttrichophytie widerrät Verf. vor allen Dingen jede Reizung, da sonst leicht tiefe Infiltrate entstehen können; evtl. ist eine vorsichtige Röntgentherapie empfehlenswert. Auch kann der Versuch einer Abortivkur gemacht werden durch mehrmals tägliche Waschungen mit 1%iger wässeriger Sublimat- oder 1%iger Kal.-permang.-Lösung, und wenn keine Reizung mehr zu befürchten ist: Resorzin-Salizylalkohol. Für die tiefe Form der Barttrichophytie feuchte Wärme in Form von feuchten Umschlägen oder feuchten Verbänden, evtl. 10%iger Salizylseifenleukoplast; größere Abszesse sind zu spalten, Röntgenbehandlung wohl unentbehrlich. Bei der Nageltrichophytie tägliche Bearbeitung

Digitized by Google

mit der Nagelfeile, Einreiben mit verdünnter Jodtinktur oder 5%igem Pyrogallusspiritus. Zum Erweichen der Nägel jeden zweiten Tag 10—20%ige Kalilauge oder jeden zweiten Tag heiße Sublimatbäder 1:2000. Im Anschluß erwähnt CHAJES noch zwei Erkrankungen, die differentialdiagnostisch wichtig sind. 1. Die Sycosis vulgaris oder folliculitis barbae, deren Erreger Staphylo- resp. Streptokokken sind. Anfänglich 2%ige Resorzinumschläge, dann milde Salben, 2%ige Resorzinzinkpaste, 2%ige Ichthyolresorzinpaste usw. Bei den chronischen Formen Brooksche Paste. Bei den filtrierten Formen ist Röntgenbehandlung wirksamer als Quarzlampe; Abszesse sind durch heiße Umschläge zu erweichen und zu eröffnen. Epilation mittels Röntgen oder Pinzette nötig. 2. Die Pityriasis rosea Gilbert, deren Ursache nach der Ansicht vieler Autoren neue, ungewaschene Wollwäsche, die ja der Träger der Infektionserreger sein kann, ist. Therapeutisch 5—10%ige Schwefelsalben oder Schwefelschüttelmixturen. Als letzte der praktisch besonders in Betracht kommenden Dermatomykosen bespricht CHAJES den Favus, dessen Erreger — das Achorion Schönleinii — in die Follikelöffnung der Kopfhaut eindringt und das bekannte klinische Bild erzeugt. Auf der unbehaarten Haut selten und nicht so langwierig als auf dem Kopf, wo der Verlauf ein sehr chronischer ist und meist mit Narbenbildung und dauernd kahl bleibenden Stellen endet. Der Mäusefavus — Achorion Quinckeana — wird häufiger epidemisch beobachtet, bildet auf der unbehaarten Haut einen Herpes-tonsurans-ähnlichen Ring mit winzigen Skutula, in denen Pilze leicht nachweisbar sind; evtl. ist zur Differentialdiagnose zwischen Körpertrichophytie und Favus das Kulturverfahren notwendig. Therapie des Favus, Röntgen und 20%ige Salizylsalben. Zur Verhütung der Pilzerkrankungen ist neben der Belehrung der Ärzte die Aufklärung des Publikums erforderlich; diese soll durch Plakate, Flugblätter usw. geschehen. Für die Hygiene der Barbierstuben müßte durch Überwachung gesorgt werden. O. Lasch-Breslau.

Erfahrungen mit der medikamentös-chirurgischen Behandlung der Trichophytie, von JULIUS HELLER-Charlottenburg. (M. Kl., 1918, Nr. 16.) Der Verf. ist kein unbedingter Anhänger der Röntgentherapie, zum Teil weil er Mißerfolge beobachtet hat, zum Teil weil er wiederholt Fälle mit schweren oder leichteren Schädigungen der Haut durch Röntgenreizungen gesehen hat. Die Diagnose soll tunlichst durch das Mikroskop gesichert werden, und zwar bei der oberflächlichen Form durch die Untersuchung der Schuppen, bei der tieferen durch Untersuchung spontan abgebrochener Haare, nach Aufhellung in Kalilauge. Zur Behandlung der oberflächlichen Form verwendet HELLER ausschließlich Tinct. jod. 5,0, Acid. salicyl. 5,0, Spir. rect. 40,0. Diese Flüssigkeit wird zweimal täglich aufgepinselt, bis Spannung der Haut eintritt, dann indifferente Salben (Zinkpaste oder Thiol-Zinkpaste), zur Nachbehandlung weiße oder rote Präzipitatsalbe. Rasieren verbietet er prinzipiell, dagegen verordnet er Kurzhalten der Barthaare, und hält für diesen Zweck dauerndes Beschneiden derselben mit einer krummen Schere bei entsprechender Spannung der Haut für praktischer als mit einer schwer desinfizierbaren Haarschneidemaschine. Bei dieser Behandlungsmethode sah HELLER die Erkrankung nur in ganz wenigen Fällen zu tieferen Formen übergehen. Für diese Fälle ist schnelle und geschickte Epilation mittels Pinzette erforderlich; während der Epilation hat der Verf. Sublimatumschläge 1/2—1‰ mit gutem Erfolge angewendet, am wirksamsten in Verbindung mit Kataplasmen (Breiumschläge). Zur Nachbehandlung dienen desinfizierende Salben, besonders rote Präzipitatsalbe. Bei Reizungen dazwischen milde, indifferente Salben. Tiefe Knoten und Abszesse müssen rücksichtslos gespalten und mit Alkoholtupfern tamponiert werden; man inzidiere mit Kreuzschnitten etwas ins Gesunde hinein, darüber feuchte Umschläge. Bei zurückbleibenden großen Infiltraten hat die methodische Stichelung mit einem spitzen Messer überraschend gute Erfolge. HELLER ist gegen die Anwendung des scharfen Löffels. Von der Anwendung von Staphylokokkenvakzine, speziell Opsonogen, hat er weder schädliche noch sicher nützliche Wirkungen gesehen. Prophylaktisch verlangt der Verf., der an der Hygiene der Barbierstuben berechtigte Zweifel hegt, das Mitbringen eigner Kämme, Bürsten, Mäntel und Servietten. Die Sauberhaltung von Scheren und Rasiermessern kann vom Barbier verlangt werden. O. Lasch-Breslau.

Bartflechtentherapie mittels Sterilin, von B. CHAJES-Berlin. (M. Kl., 1918, Nr. 22.) Bei der zunehmenden Verbreitung der Bartflechte ist jedes neue Mittel, das genügend erprobt, als brauchbar empfohlen wird, erfreut zu begrüßen. Das Sterilin (hergestellt von Oskar Skaller, Berlin SW) ist eine hellgelbe Flüssigkeit von syrupartiger Konsistenz. Dasselbe stellt eine Lösung von organischen Estern der Zellulose in Azeton dar, und vermag große Mengen organischer öliger Erweichungsmittel aufzunehmen. Ein

Digitized by Google

Hauptvorzug des Sterilins ist es, daß es nicht reizend wirkt, d. h. also einem Übergreifen des Prozesses in die Tiefe nicht Vorschub leistet, wie das selbst bei verdünnter Jodtinktur usw. beobachtet worden ist. Ferner bildet das Sterilin einen vollkommenen Abschluß der erkrankten Partie von der Umgebung, so daß die Gefahr der Weiterverschleppung oder der Infektion anderer vermieden wird. Schneller als durch die täglich einmal vorgenommene Einpinselung der Haut mit reinem Sterilin wurde die Heilung erreicht, wenn man dem Sterilin Ichthyol 10% (Nachteil der Verfärbung), Sulf. praec. 5%, Epikarin, Acid. salicyl. 3%, Resorzin usw. zusetzte. Am wirksamsten erschien bei der oberflächlichen Trichophytie 3%iges Resorzin- und 3%iges Salizyl-Sterilin. Bei tiefer Trichophytie kann diese Medikation nur zur Anwendung kommen, solange keine Eiterung besteht. Eine solche ist eine Kontraindikation wegen der Behinderung des Abflusses des Eiters. Sonst kann Sterilin als Schutzdecke neben Wärmeapplikation und Röntgenbestrahlung auch bei tiefer Trichophytie mit Erfolg zur Anwendung gelangen. Ebenso wie bei der Trichophytie erwies sich das Sterilin wirksam und Verbandmaterial ersparend bei Furunkeln, Ulcera cruris, Pyodermien usw., wenn es in Verbindung mit den obengenannten Agenzien auf die Umgebung der erkrankten Partien gepinselt und diese dann mit einem Mull- oder Zellstofftupfer bedeckt wurden. Der Abfluß aus dem nichtbepinselten Geschwürsgrunde ist dann unbehindert und die Umgebung gegen Infektion geschützt. O. Lasch-Breslau.

Zur Therapie der tiefen Trichophytien, von Arthur Alexander-Charlottenburg. (M. Kl., 1918, Nr. 26.) Zwei Methoden hält Alexander für ganz besonders empfehlenswert bei der Behandlung der Trichophytie, nämlich die Epilation und intensive Wärmeapplikation; mit der Kombination beider glaubt er die besten kurativen und kosmetischen Resultate erreicht zu haben. Für die Epilation kommt die Röntgenepilation, speziell bei größeren Flächen, wenn sie irgend durchführbar ist, hauptsächlich in Betracht. Die von vielen Autoren gefürchtete Gefahr der Schädigung der Haut durch die Röntgenstrahlen ist nach Alexanders Ansicht durch die Anwendung von Aluminiumfiltern (0,5 : 1,0 mm), sachverständige Handhabung vorausgesetzt, auf ein Minimum reduziert. Er empfiehlt, sofort zwei Erythemdosen zu geben, da man sonst leicht die Wirkung verzettelt, und die Epilation ausbleibt. Ist die Röntgenbehandlung nicht durchführbar, dann Epilation mittels einer Pinzette. Großen Wert legt Verf. auf stundenlange Wärmeapplikation, die unter den heutigen Verhältnissen auch schwierig ist, eventuell heiße Wasserumschläge mit Zusatz von essigsaurer Tonerde. Unbedingt anzuraten ist das Rasieren, da die Applikation von Salben usw. dadurch wesentlich erleichtert wird. Einer Verschleppung von Keimen kann man durch Desinfektion der Haut (Jodtinktur, Salizylspiritus usw.) vorbeugen. O. Lasch-Breslau.

Impermeable (Prießnitz-)Verbände mit Guajakol-Vasogen, von Westberg-Hamburg. (M. Kl., 1918, Nr. 27.) W. empfiehlt für die Behandlung der tiefen Trichophytie die Bedeckung der erkrankten Partien mit in 10%igem Guajakol-Vasogen getränkten Mullstreifen, darüber Billrothbatist. Die Erfolge sind oft überraschend gute und schnelle. O. Lasch-Breslau.

Merkblatt zur Bekämpfung der Bartflechte, von Heinr. Lorb-Mannheim. (Benzheimer 1918.) Verf. hat das für Laien Wissenswerte über Trichophytie, Herpes tonsurans und Sycosis parasitaria kurz zusammengestellt und charakteristische Photographien beigefügt. Wolff-Wiesbaden.

Merkblatt über Hautpilzerkrankungen, insbesondere über Bartflechten und scherende Flechten, von A. Buschke. (Veröff. Kais. Ges. A., 1918.) Für den praktischen Arzt, nicht für Laien bestimmte prägnante knappe Klinik, Bakteriologie und Therapie der epidemischen Pilzerkrankungen und ihre Differentialdiagnose. Für den Facharzt nichts Neues. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Die Behandlung der Bartflechte durch perkutane Vuzininjektionen, von Hoffmann. (D. m. W., 1919, Nr. 15.) Die Behandlung der Bartflechte mit perkutanen Injektionen von Vuzin, einem Chininderivat, erwies sich H. als recht erfolgreich. Um die Schmerzhaftigkeit der Injektionen herabzusetzen, benutzte H. als Verdünnungsmittel eine 2%ige Novokainlösung. E. Brinitzer-Altona.

Zwei Anmerkungen zur Behandlung von Hautflechten (Pityriasis rosea und Trichophytie), von Otto Friedberg. (M. m. W., 1919, Nr. 49.) Verf. hat stets Erfolg bei der Pityriasis rosea mit 1%igem Sublimatspiritus. In einer großen Anzahl von Trichophytiefällen bewährte sich die graue Quecksilbersalbe.

G. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Über die Mikrosporieepidemie in Luzern, von Max Winkler. (Korr. Bl. Schweiz., 1919, Nr. 40.) Es konnten im ganzen 24 Fälle eruiert werden. Auffallend war das Überwiegen der Knaben über die Mädchen; vielleicht leisten die abgeschnittenen Haare des Knaben der Ansiedelung des Pilzes Vorschub. Die Isolierungsmaßnahme zum Schutze der gesunden Kinder einer Familie erwiesen sich als aussichtslos. Die Inkubationszeit dürfte mehrere Wochen, vielleicht 1—2 Monate betragen. In einem Falle entwickelte sich ein lichenoides Exanthem vom Charakter des Lichen trichophyticus. Bei der großen Mehrzahl der Fälle wurde nur die kranke Stelle und deren Umgebung durch Bestrahlung epiliert. Wenn Verf. auch nicht bestreiten will, daß Mikrosporieepidemien gelegentlich von selber abklingen, so ist er doch davon überzeugt, daß die Luzerner Epidemie einen so kontagiösen Charakter hatte, daß ihre prompte Eindämmung nur durch seine strengen sanitären Maßnahmen ermöglicht worden ist.

O. Sprinz-Berlin.

Beitrag zur Therapie der Trichophytoninfektion, von O. Sachs-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 51.) Bei oberflächlicher Trichophytie hat Verf. mit gutem Erfolg ein abgekürztes Verfahren angewandt, indem er das affizierte Gebiet mit Jodtinktur einpinselte und bald nachher eine 5%ige weiße Präzipitalsalbe applizierte. Die dadurch hervorgerufene Blasenbildung heilt unter Zinkpaste in einigen Tagen ohne Narbenbildung ab, womit meistens vollständige Heilung erzielt ist. Eine zweite oder dritte Applikation ist nur ganz ausnahmsweise nötig. Behaarte Stellen, namentlich die Bartgegend, werden zweckmäßig zuvor epiliert. Zur Behandlung der tiefen Trichophytieformen, namentlich der großknotigen, sukkulenten Tumoren, empfiehlt S. intravenöse Injektionen einer 40%igen sterilen Urotropinlösung in Tagesdosen von 6 g (15 ccm der Lösung) bis zur Verwendung von 12 und 14 g. In einigen der 10 so behandelten Fälle genügte schon eine Gabe von 4 g; bei anderen wurde mit 2—3tägigen Intervallen bis zum Verbrauch von 30 g Urotropin weiter behandelt. Nebenbei wurde gelegentlich auch Trichophytin subkutan angewandt. — Während der Druoklegung dieser Arbeit ist die Abhandlung von Nobl und Löwenfeld (D. m. W., 1919, Nr. 39) erschienen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine Mikrosporieepidemie mit eigenartigem Verhalten in Hannover, von W. Klehmet-Hannover. (D. m. W., 1919, Nr. 43.) Das klinische Bild stimmte im wesentlichen mit dem bisher Bekannten überein. Nur zeigten die Herde am Kopf wie auch die selteneren am Körper eine leichte Erhabenheit infolge von Follikelschwellung. Auch mikroskopisch scheint nach der Beschreibung die Ähnlichkeit groß. Die Hauptabweichungen zeigen sich kulturell im Verhalten zu den Röntgenstrahlen. Die Epilation der erkrankten Herde soll nur unvollkommen und dies auch erst nach mehrmaliger Anwendung der üblichen Dosis gelungen sein ($10 \times {}^1/_8$ mm Aluminiumfilter). Kulturell zeigte sich auf Sabouraudschen Maltose-Nährböden sehr langsames Wachstum der auffallend zarten Kulturen. Nach dem Vorschlag von Plaut wird der Pilz als Mikrosporon pertenue bezeichnet. Die Infektionsquelle ist nicht bekannt. E. Brinitzer-Altona.

Immunisatorische Vorgänge bei der Trichophytie des Menschen, von Franz Blumenthal und Asta v. Haupt-Berlin. (D. m. W., 1920, Nr. 2.) Die Untersuchungen des Serums von Patienten, die an tiefer Trichophytie erkrankt sind, ergab in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Vorhandensein von komplementbindenden Antikörpern. Die Antigene stellten sich die Verf. selbst her. Die Reaktion wurde nach Art der WR ausgeführt. Bei der oberflächlichen Trichophytie gelang der Antikörpernachweis nur ausnahmsweise. Meist geht die Antikörpermenge proportional der Schwere der Erkrankung. Allergiereaktion und Antikörperbildung verlaufen nicht immer parallel. Die mit Trichophytin vorbehandelten Fälle zeigten alle bis auf einen Komplementbindung. Die Reaktion ist ebensowenig wie die Allergiereaktion streng spezifisch, kam auch bei Sycosis non parasitaria und Drüsentuberkulose vor. Von einer reinen Zellimmunität, die nur das Hautorgan betrifft und die der Trychophytie eine Sonderstellung unter den Infektionskrankheiten einräumen würde, kann also nicht die Rede sein. Auch bei der Trichophytie spielen humorale Immunitätsvorgänge eine Rolle.

de Lemos-Hamburg.

Meine Behandlung der Trichophytie und Sycosis barbae, von J. Wetterer-Mannheim. (D. m. W., 1920, Nr. 6.) Frische oberflächliche Fälle heilen unter reiner Karbolsäureätzung. Am dritten Tage danach unterstützt der Pat. selbst die Behandlung durch Betupfen mit β-Naphtholspiritus vor und Bestreichen mit Lassarscher Zinnobersalbe (+ 2% Trypaflavin) nach dem Rasieren täglich. Kerion Celsi wird kürettiert, die Ränder werden mit reiner Karbolsäure bestrichen, eventuell einmal mit stark fil-

Digitized by Google

trierten Strahlen geröntgt (10 H.). Bei Infiltraten wird das ultraviolette Licht und zur Nachbehandlung eine Schälkur mit Antisykontinktur angewandt. Bei tieferen, derben Infiltraten und eitrigen Follikulitiden sind sehr harte Röntgenstrahlen das souveräne Mittel. Feuchte Umschläge, die bei der Mischinfektion den Erregern günstigste Wachstumsverhältnisse schaffen, werden verworfen. Terpentin-, Leukogen- usw. Injektionen erwiesen sich als unnötig. Solange Knoten bestehen, kommt der Elektrolyse große unterstützende Wirkung zu. de Lemos-Hamburg.

Botriomykosis beim Menschen, von Ernesto Aievoli. (Riforma med., 1918. Nr. 24.) Der Artikel bringt an Hand eines neuen Falles, in welchem der Tumor bei einem weiblichen Individuum ohne nachweisbare äußere oder innere Ursache sich in der Regio mastoidea sin. gebildet hatte, in prägnanter Form die internationale Literatur dieses Phänomens. Auch hier wird der Auffassung eines paradoxalen Tumors der Vorzug gegeben vor derjenigen eines entzündlichen Granuloms oder gar einer sarkomatösen Neubildung. Histologisch wäre der Fall vielleicht am besten zu bezeichnen als „gutartige dermo-angiomatoide Neubildung", wobei der gelegentliche Befund von Staphylokokkus zu deuten wäre nicht als kausal, sondern als für das Wachstum des Tumors simulierendes Moment, wobei dann auch histomechanische und hämodynamische Momente nicht auszuschalten wären. Also weder eine Neubildung im embryologischen Sinne, noch eine Affektion spezifischen Charakters. (Diese Arbeit ist bei weiterer Beobachtung des Gegenstandes als übersichtliche Literaturquelle sehr zu empfehlen. Ref.) Wolff-Wiesbaden.

Zur Röntgenbehandlung der Aktinomykose, von Otto Jüngling-Tübingen (mit 11 Abb.). (Bruns Beitr., 1919, Bd. 118, H. 1.) Die Aktinomykose ist hochgradig röntgenstrahlenempfindlich. Die wirksame Dosis beträgt wahrscheinlich weniger als 50% der Hauteinheitsdosis. Zwischen der durch 3 mm Aluminium und der durch 0,5 mm Zinn und 1 mm Aluminium gefilterten Strahlung der Siederöhre ist bezüglich der Heilwirkung kein Unterschied, sofern quantitativ dieselben Dosen je eine Erythemdosis auf die Oberfläche gegeben werden. Entscheidend für die Wahl des einen oder anderen Filters ist der Grad der Tiefenausdehnung des Prozesses. Im allgemeinen empfiehlt es sich, die Aluminiumstrahlung nur für oberflächliche Prozesse zu verwenden, die tiefgreifenden dagegen mit 0,5 Zinnstrahlung womöglich unter Verwendung des Kreuzfeuers zu behandeln, immer so, daß der Herd von mindestens 50% der Hauteinheitsdosis getroffen wird. Ob gleichzeitige Darreichung von Jodkali großen Wert hat, ist fraglich; es ist möglich, daß das im kranken Gewebe gespeicherte Jod als Sekundärstrahlenerzeuger wirkt; es empfiehlt sich daher, während der Strahlenbehandlung Jodkali 10/300 beharren zu lassen, bis zu einer Gesamtmenge von 100 g Jodkali. Der Erfolg der Strahlenbehandlung ist besonders vom kosmetischen Standpunkt aus ganz vorzüglich. Das Messer soll nur zur diagnostischen Probeinzision bzw. zur Entleerung subkutaner Abszesse durch Stichinzision dienen. Von Auskratzungen der Fisteln ist ganz abzusehen. W. Chrzelitzer-Posen.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Zur Kopflaus-Kleiderlausfrage. Vorläufige Mitteilung von H. Sikora. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 23, Nr. 4.) Mischrassen, Kreuzungsprodukte von Kopf- und Kleiderlaus sind derart häufig, daß eine morphologische Beurteilung einzelner Läuse ganz unmöglich ist. W. Haas-Hamburg.

Einige Mitteilungen über gehäuftes Auftreten von Pediculus vestimenti unter der Bevölkerung Nürnbergs im Jahre 1919, von Federschmidt. (M. m. W., 1920, Nr. 19, S. 592.) v. Notthafft-München.

Über Behandlung der ulzerösen Skabies, von Rheins-Neuß. (M. Kl., 1918, Nr. 18.) Als alter Praktiker empfiehlt Rheins bei der ulzerösen Form der Skabies, d. h. der pyogenen Form lang bestehender, meist vernachlässigter Skabies, die erkrankten Stellen zweimal täglich mit folgender Salbe einzureiben: Terebinthinae 1,0 auf 50 g Ung. hydrarg. oxyd. rubri. Rheins hat nie Intoxikationserscheinungen oder Nierenreizungen bei diesem Vorgehen beobachtet, auch wenn das Verfahren mehr als zwei Tage hintereinander fortgesetzt wurde. O. Lasch-Breslau.

Das erste Jahr des Bestandes der Anstalt für Krätzeschnellkuren im Wilhelminenspital, von Moritz Oppenheim-Wien. (W. kl. W., 1920, Nr. 5.) Die Schnellkur vollzieht sich folgendermaßen: Einreiben des Körpers durch $^1/_4$ Stunde mit

Digitized by Google

Schmierseife, dann $^1/_2$stündiges Bad von 30° bei gleichzeitig weiterem Einschmieren und Abscheuern, nach dem Bad Einreiben mit der Hardyschen Salbe (Sulfur. praec. 25, Cal. carb. 10, Vasel. fl. 125). Zweistündiges Einschlagen in ein Laken, dann Reinigungsbad und Zinkpaste. Die Kur ist absolut unschädlich und sicher. Auch Kinder können etwa von einem Jahr an behandelt werden. Die Frequenz der Anstalt war größer als ihre Aufnahmefähigkeit. Es wird daher die Errichtung neuer derartiger Anstalten vorgeschlagen. v. Notthafft-München.

Die Anstalt für Krätzeschnellkuren im Wilhelminenspital in Wien, von Franz Schönbauer. (W. kl. W., 1920, Nr. 5.) Die Arbeit bespricht das Technische und Administration der Anstalt. v. Notthafft-München.

Die gegenwärtige Behandlung der Krätze, von L. Bory. (Progr. méd., 1919, Nr. 51.) In Frage kommen drei Methoden: 1. die klassische Frottierbehandlung, bei deren Ausführung darauf zu achten ist, daß sie folgende Voraussetzungen erfüllen muß: a) individuell, da bei Massenbehandlung die Gefahr der Übertragung der oft mit der Krätze verbundenen Geschlechtskrankheiten besteht, b) milde, c) einmalig, keine Wiederholung, auch nicht nach längerer Pause, d) sekundäre Linderungs- und Vorbeugungsbehandlung gegen Rezidive mit Kampfer- und Salizylpasten; 2. Behandlung mit Petroleum (für 2—3 Tage damit getränktes Hemd, Unterhosen, Strümpfe, Handschuhe überziehen oder 3 Tage lang Einreiben des ganzen Körpers, darauf Zinkpaste); 3. Behandlung mit „pomades de polysulfure" (nach Ehlers-Milian), Einreibung 2—3 Tage, ist einfach und wirksam, anwendbar auch bei Komplikationen und bei Kindern, bei denen jedoch Schwefelöl vorzuziehen ist. E. Levin-Berlin.

Über Ekrasol „Schürholz", ein neues Krätzeheilmittel, von Friedrich Schäfer-Breslau. (Ther. Mh., 1919, H. 12.) Ekrasol — eine flüssige Styraxseife — ist eine bräunliche, klare, wasserlösliche, nicht riechende Flüssigkeit, die die Wäsche nicht beschmutzt. Zur wirksamen Kur in Form der üblichen Einreibung gebraucht man nicht ganz 100 ccm = 4.50 M. Irgend welche Hautreizungen wurden nicht beobachtet nach Ekrasol. de Lemos-Hamburg.

Lebender Acarus folliculorum Simon im Fischdarm, von Ludwig Merk-Innsbruck. (Zoolog. Anz., Bd. 50, Nr. 9/10.) Gelegentlich der mikroskopischen Betrachtung des Inhaltes einer Darmappendix einer 24 Stunden vorher im Bodensee gefangenen Trutta lacustris L. entdeckte M. einen lebenden Akarus. Es war ein ausgewachsenes Tier und hatte die bekannte Gestalt. Bald bewegte es das eine, bald das andere Kieferpaar, bald rückte es den einen Fuß, bald wieder einen der anderen und krümmte von Zeit zu Zeit den Rumpf nach den Seiten hin. Das geschah alles in der den Milben eigentümlichen überaus trägen Art, immer aber bedeutend „lebhafter", als M. es an den Akari des Menschen je gesehen hatte. M. konnte noch einen zweiten Inhaltstropfen besehen, fand aber darin keinen Akarus mehr. Der Fund verdient um so größere Aufmerksamkeit, als Akari bisher nur in der Haut bei Mensch und Hund gefunden sind und als das Tier in einem Zustande in den Darm gelangt sein mußte, dem der sonstige lebende Insekten tötende und verdauende Magen nichts anhaben konnte. Der Befund wird durch seine Merkwürdigkeit interessieren. E. Delbanco-Hamburg.

Ekrasol, von Friedr. Schaefer. (Ther. Mh., Dez. 1919.) Das Präparat, zur Krätzebehandlung außerordentlich geeignet, ist eine flüssige Styraxseife, die weder Haut noch Wäsche färbt. Nach drei kräftigen Einreibungen, denen ein Seifenbad vorangeht und folgt, ist die Krätze geheilt. Verfertiger: Chem. Laboratorium J. Schürholz in Köln a. Rh. W. Chrzelitzer-Posen.

Dermatologische Ratschläge für den Praktiker, von Prof. Max Joseph-Berlin. (D. m. W., 1920, Nr. 8.) Es werden die parasitären Hautkrankheiten (Erregerpilze oder tierische Parasiten) besprochen mit der im allgemeinen üblichen Therapie.
de Lemos-Hamburg.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. November 1920 | Nr. 47 | Band 71

Aus der dermatologischen Universitätsklinik München.
(Direktor: Prof. Dr. Leo Ritter v. Zumbusch.)

Pemphigus foliaceus und Osteomalazie.

Von

Dr. Walther Schultze.

Mit einer Abbildung im Text.

Seit dem Jahre 1917 häufen sich in der Literatur die Angaben über osteomalazieähnliche Erkrankungen. Da sich meines Wissens bisher keine Angaben über das gleichzeitige Auftreten von schwersten Haut- und Knochenveränderungen finden, so sei im folgenden ein Fall veröffentlicht, den wir in dem letzten Jahr an der hiesigen Klinik beobachten konnten.

Es handelt sich um die 33jähr. Patientin Creszenz H., Verkäuferin aus A. in Niederbayern. Familienanamnese o. B. Sie selbst bis zum Jahre 1908 immer gesund gewesen. Im Oktober 1908 bemerkte sie einen zuerst wenig umfangreichen Ausschlag auf dem Rücken, der sich bald unter lebhafter Blasenbildung auf Brust, Extremitäten und Gesicht ausdehnte. Seit Dezember 1908 sistieren die Menses, die seit dem 17. Jahre regelmäßig vorhanden waren. Im Januar 1909 Krankenhausaufnahme wegen Pemphigus vulgaris. Damalige Behandlung: Dauerbäder und Arsen. Vorübergehende Besserung. Im Februar Verschlechterung, Anfang März und April Wiedereintreten der Menses, Dauer 7 Tage. Die Blaseneruptionen treten in größeren Abständen auf, heilen dann aber unter Hinterlassen von Pigment rasch ab. Eosinophilie oder sonstige schwere Blutveränderungen nicht nachgewiesen. Nach größeren Gaben von Arsen in Form von Sol. Fowleri tritt im April eine solche Besserung ein, daß Patientin am 24. IV. 1909 auf Wunsch als gebessert und arbeitsfähig entlassen werden kann.

Am 29. IV. 1918 kommt Pat. wieder wegen der gleichen Erkrankung zur Aufnahme in die Klinik. Während der dazwischen liegenden Zeit war Pat. nur zeitweise in Behandlung ihres Arztes. Nach ihren Angaben verschlechterte sich ihr Zustand erst in den letzten Monaten vor der Aufnahme erheblich.

Befund am 30. III. 1918: Hochgradige Abmagerung, Gewicht 38,8 kg bei gutem Allgemeinbefinden. Innere Organe und Nervensystem o. B. Die gesamte Haut milchkaffeefarben, von üblem Geruch der Fettsäuren, von lederartiger Beschaffenheit, nur in großen Falten abhebbar, trocken, nur stellenweise fettig. Eine feinere Struktur der Hautoberfläche nirgends erkennbar, weder die sog. Rautenfelderung noch der Leistenbau der Handflächen und Fußsohlen. Die Haut ist mit dicken, borkenartigen Hornauflagerungen besetzt, die eine grobe Faltung zur Folge haben. Diese Hornmassen haften fest an der Unterlage, lassen sich aber besonders nach dem Bade in Form von krümeligen Massen abkratzen. Eine Lanugobehaarung läßt sich nur vereinzelt mittels Lupe nachweisen. Die Kopfhaare sind sehr dünn und kurz. Nägel ohne auffallende Veränderungen. Linsen- bis bohnengroße Pigmentflecke hauptsächlich an Händen und Füßen. Der Blutbefund bis auf eine 4%ige Eosinophilie ohne Besonderheit. Urin: Eiweiß und Zucker negativ. Das subjektive Befinden gut, die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen hatten wenig oder geringen Erfolg. Am besten bewährten sich noch Bäder und nachher Einreiben mit indifferenten Salben. Kleine Röntgendosen von $^1/_2$ Epilationsdosis führten zur vollkommenen Epilation.

Digitized by Google

Die histologische Untersuchung ergab: stark verdickte Hornschicht mit einzelnen kernhaltigen Zellen. Stratum granulosum erhalten, teilweise verdickt. Rete Malpighii verdickt bis zu 13 Zellreihen. Die Zellen des Rete Malpighii weisen zahlreiche Karyokinesen auf bis in die obersten Schichten hinauf; hier findet man häufig Spongiose. Zwischen den Epidermiszellen vereinzelte Wanderzellen. Die Papillen, der Verlängerung der Retezapfen entsprechend, lang, schmal ausgezogen und verzweigt. Charakteristisch ist die entzündliche Veränderung. Das entzündliche Infiltrat sitzt hauptsächlich in der subpapillären Schicht des Koriums und besteht fast ausschließlich aus Plasmazellen, so daß man beinahe von einem Plasmon reden könnte, darunter sind auch „Tochterzellen" UNNAS und auch näher nicht zu bestimmende große Zellen mit ein bis zwei Kernen und pyroninophilem Protoplasma. Eosinophile Zellen sehr spärlich, die polymorphkernigen etwas zahlreicher. Mastzellen mäßig zahlreich, die chromatophoren Zellen (Melanoblasten) in der oberflächlichen Kutisschicht stark vermehrt mit groben Pigmentgranulis und häufig gut erhaltenem Kern. Elastisches Gewebe ist nur in den entzündlichen Partien etwas spärlicher, sonst gut erhalten. Haare spärlich, ohne besondere Veränderung; Talgdrüsen normal. In den Schweißdrüsen, die in manchen Schnittserien sehr zahlreich sind, sieht man in einzelnen Zellen Vakuolenbildung, oft auch in mehreren Zellgruppen. Blut- und Lymphgefäße erweitert, manche Blutgefäße mit verdickten Wandungen.

Dieses oben geschilderte klinische Bild änderte sich während des mehrmonatigen Krankenhausaufenthaltes trotz der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen wenig. Temperatursteigerungen wurden nicht beobachtet, und auch keine interkurrenten Erkrankungen. Die verschiedenen Blutuntersuchungen ergaben den früheren gegenüber nur geringe Unterschiede. Die Gewichtskurve fiel langsam von 38,8 bis 35,5 kg trotz aller möglichen Nahrungszulagen. Appetit und Verdauung dauernd gut. Im Juli 1919 macht sich eine hochgradige Muskelatrophie, besonders an den Armen geltend, indem Pat. nur unter größeren Anstrengungen die Arme bis zur Horizontalen erheben kann. Die Schmerzen werden ins Schultergelenk lokalisiert. Das Röntgenbild und die klinische Untersuchung ergeben außer der Muskelatrophie nichts Besonderes. Das Gehen an einem Stock ist gut möglich, ohne Stock ist der Gang watschelnd und unbeholfen. Die zunehmende Muskelatrophie zwingt gegen Ende des Jahres die Pat. immer mehr dazu, im Bett zu bleiben. Im Dezember 1919 bemerkt sie, daß das Aufrichten im Bett schmerzhaft ist, und daß längeres Sitzen Rückenschmerzen verursacht. Im Bereich der Brustwirbelsäule tritt eine leichte Kyphose auf. Eine Röntgenaufnahme des rechten Oberarmes, in dem Schmerzen angegeben werden, zeigt eine geringe Verdünnung der Kortikalis. Im Januar 1920 treten am linken Fußrücken drei linsen- bis bohnengroße Blasen mit wasserhellem Inhalt auf, die nach acht Tagen abheilen und Pigmentflecke hinterlassen. Mitte März werden die Gehbeschwerden immer größer, da sich Schwächegefühl der Beinmuskulatur und Schmerzhaftigkeit im Becken einstellen. Im Verlauf von vier Wochen bemerkt Pat., daß sie kleiner wird. Eine ausgesprochene Kyphoskoliose tritt auf und gleichzeitig eine Einsinkung der rechten Thoraxhälfte. Pat. ist jetzt dauernd ans Bett gefesselt. Eine weitere Verschiebung des Thorax nach links und vorn unter starker Verdrängung der Brustorgane ruft dauernde Atemnot hervor. Die Knochenveränderungen werden trotz erhöhter Kalk- und Phosphorzufuhr, zum Teil in Nahrungsmitteln, zum Teil in Medikamenten, immer hochgradiger. Die Symphyse tritt schnabelartig hervor. Die gynäkologische Untersuchung ergibt Kompression im queren Durchmesser, schnabelförmige Symphyse, Schambeinäste auf 3 cm genähert. Uterus relativ klein, virginell. Die Röntgenaufnahme des Beckens bestätigt diesen Befund und zeigt außerdem verschwommene Konturen vor allem der Epiphysen und deutliche Zeichnung einer Epiphysenlinie. Bei der zunehmenden Kachexie und der allgemeinen Druckempfindlichkeit waren leider weitere röntgenologische Untersuchungen unmöglich. Klinische Veränderungen am Kopfskelett und den langen Röhrenknochen wurde nicht beobachtet, dagegen trat, da Pat. wegen der zunehmenden Atem- und Herzbeschwerden immer mit untergeschlagenem Arm auf der rechten Seite lag, in kürzester Zeit eine S-förmige Verbiegung der rechtsseitigen unteren Rippen ein, die sich außen am Thorax als deutliche Furche zeigte. Die Rippen selbst ließen sich eindrücken, unter starker Schmerzhaftigkeit bei Querkompressionen des Thorax. Am 7. V. 1920 hatte sich der Thorax derart verschoben, daß der Herzspitzenstoß um 3,5 cm nach links verschoben war. Die Herztöne selbst waren rein, Spitzenstoß hebend, Puls 94. An den Lungen machte sich über der ganzen rechten Lunge eine Dämpfung geltend, links sonorer Schall. Das Atemgeräusch war rechts abgeschwächt, links vesi-

Digitized by Google

kulär. Die Maße des Thorax waren folgende: Gesamtbrustumfang in Höhe der Mamillen beim Exspirium 0.82 m, davon entfallen auf die rechte Seite 0.38 m, auf die linke 0,44 m. Der Abstand zwischen dem Dornfortsatz des 7. Halswirbels und dem Steißbein betrug 0,41 m, während die Länge der dazwischen liegenden Wirbelsäule, über die Dornfortsätze gemessen, 0,54 m betrug. Differenzen in den Maßen der Extremitäten ergaben sich nicht. Umfang des Oberarmes (Mitte) beiderseits 0,16 m, Unterarm (Mitte) 0,15 m, Oberschenkel (Mitte) 0,28, Unterschenkel (Mitte) 0,24 m. Bei diesen hochgradigen Knochenveränderungen blieb der Zustand der Haut immer der gleiche, bis auf zeitweise auftretende Epidermisabhebungen am Abdomen, nach deren Abstoßen lässende pfennig- bis markstückgroße Stellen zum Vorschein kamen; diese heilten dann im Laufe von einigen Tagen ab und boten das gleiche Bild der trockenen Hyperkeratose wie die umgebende Haut. Im Blut konnten keine Veränderungen gegen früher nachgewiesen werden, ebenso auch nicht im Urin. Der BENCE-JONESsche Eiweißkörper fehlte auch bis zuletzt im Urin. Am 23. V. 1920 verließ die Pat. aus äußeren Gründen die Klinik.

Es handelt sich also im vorliegenden Falle nach dem geschilderten Falle um einen Pemphigus vulgaris, der im Laufe der Jahre einwandfrei das klinische Bild des Pemphigus foliaceus annahm, mit osteomalazischen Krankheitserscheinungen, die wohl der echten Osteomalazie am nächsten stehen dürften. Diese Knochenerkrankung direkt als „Hungerosteopathie", ein Ausdruck, wie er von PORGES und WAGNER vorgeschlagen wurde, aufzufassen, wie es mit den derzeitigen ähnlichen Knochenerkrankungen vielfach geschieht, wäre vielleicht etwas gewagt. Die Pat., die vom Land stammt und wegen ihrer schweren Hauterkrankungen eine fast friedensmäßige Ernährung hatte, litt bisher nie unter einer mangelhaften Ernährungsweise. Wenn man trotzdem die Ernährung als Grund der Erkrankung anführen wollte, könnte man höchstens auch nach v. RECKLINGHAUSEN annehmen, daß die allgemeine Kachexie, die in unserem Falle wohl durch den Pemphigus bedingt ist, eine Disposition für die Osteomalazie gegeben hat, wie auch die Versuche von PAWLOW an seinen Fistelhunden zeigen. Auch sonst paßt unser Fall nicht ganz zu den bisher in der neuesten Literatur beschriebenen Krankheitsformen. Die Wiener Kliniker, vor allem LATZKO, heben besonders hervor, daß bei den von ihnen beobachteten Erkrankungen kaum Beckenerkrankungen vorkommen. Auch HEYER gibt für die bisherigen Münchener Fälle das gleiche an, bis auf einen Fall, der schon früher eine echte Osteomalazie hatte, und SIMON behauptet dasselbe von seinen Fällen.

Die Erkrankung als Rachitis bzw. als Rachitis tarda anzusprechen, dazu fehlt wohl am meisten die Berechtigung, denn Zeichen einer früheren Rachitis konnten nicht festgestellt werden, obwohl die Röntgenbefunde der Epiphysen der Oberschenkel für Rachitis sprechen würden. Die meisten jetzigen Knochenerkrankungen lassen sich eben nicht genau in alte oder neuere Krankheitsschemata einreihen, da eben die klinischen Erscheinungen meist keine eindeutigen Bilder geben, was auch WENCKEBACH betont.

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkt versucht auch v. RECKLINGHAUSEN, der sich von neueren Autoren wohl am eingehendsten und längsten mit diesen Skeletterkrankungen befaßt hat, „die feste Schranke zwischen Rachitis und Osteomalazie zu beseitigen". Auch SCHMORL sagt: „daß, rein morphologisch betrachtet, Osteomalazie und Rachitis identische Krankheiten sind"; jedoch mit der Einschränkung: „aus dieser morphologischen Identität eine vollständige Wesensgleichheit abzuleiten, wäre noch verfrüht."

Digitized by Google

Über die Ätiologie der Erkrankung herrschen auch heute noch unter den verschiedenen Autoren die verschiedensten Meinungen, wie sie ja wieder v. Recklinghausen schon vor 10 Jahren betont. Im Vordergrund steht wohl bei vielen Autoren die Theorie der Störungen im endokrinen System. Im Gegensatz zu Hönnicke, Stöltzner und Fehling, die allein Schilddrüse, Nebenniere und Eierstock beschuldigen, stehen Autoren wie Naegeli gegenüber, und zum Teil die neueren Kliniker, die die Störung als pluriglandulär auffassen. Bezüglich dieser Ätiologie bestanden bei unserer Patientin ovariale Störungen, da sie schon mehrere Jahre amenorrhoisch war. Veränderungen der Schilddrüse oder ihrer Funktion wurden nicht beobachtet, auch nicht für die Nebenniere.

Ob aber nicht der Haut eine ähnliche Bedeutung wie den anderen innersekretorischen Drüsen zukommt, ist bis jetzt noch strittig. Anzunehmen ist jedenfalls, daß bei dieser Form von Pemphigus, dessen Wesen ja auch noch recht ungeklärt ist, schwere Stoffwechselstörungen in der Haut vorliegen. Wieweit diese aber mit der Knochenerkrankung in Zusammenhang stehen, ist eine offene Frage.

Bakterien als ätiologisches Moment lehnen Forscher wie v. Recklinghausen in Anbetracht des chronischen Zustandes ob, obwohl manche Tierversuche dafür sprechen, und neuere Autoren wie Simon sprechen ihnen wenigstens ein begünstigendes Moment zu. Die Theorie von der Störung im Kalkstoffwechsel ist für den Menschen auch noch nicht bewiesen. Roloff konnte allerdings bei Tieren durch Mangel in der Kalkzufuhr osteomalazieähnliche Erkrankungen hervorrufen. Für unseren Fall, wie überhaupt für die Münchener, kommt eine zu geringe Kalkzufuhr nicht in Frage, wie es die Untersuchungen von Jansen zeigen. Auch Latzko glaubt nicht an den Kalkmangel. Er ist vielmehr durch die Beobachtung von mehreren hundert Fällen von echter Osteomalazie zu der Überzeugung gekommen, daß dem längeren Aufenthalt in feuchten Räumen ein gewisses ätiologisches Moment zukommt. Petrone hat sogar aus den nassen Wänden in Wohnungen von Osteomalaziekranken einen Bacillus nitrificans gezüchtet, den er auf Grund von Tierversuchen als den Erreger der Krankheit bezeichnet. Dies spräche ja auch gleichzeitig für eine Infektionskrankheit. Für unseren Fall käme die Erklärung Latzkos in Frage, denn wegen der Behandlung des Pemphigus war ein längerer Aufenthalt im Dauerbad unvermeidlich. Zuletzt war der Aufenthalt in diesem Raum wegen der schweren Transportabiliät der Patientin sogar dauernd. In Anbetracht der großen Verdunstungsfläche ist natürlich der Feuchtigkeitsgehalt in diesem Zimmer sehr groß, zumal

Digitized by Google

die Mauern sehr dick sind. Bewiesen als Schädigung ist dies für unseren Fall noch nicht, denn meines Wissens finden sich bisher in der Literatur noch keinerlei Angaben über diesbezügliche schädigende Einflüsse von Dauerbädern oder ähnlichen Einrichtungen.

Auch in unserem Fall ist also die Ätiologie der Erkrankung nicht geklärt. Es kommen eventuell in Betracht: Störungen im Stoffwechsel der Haut, Funktionsstörungen der endokrinen Drüsen oder der Einfluß des feuchten Aufenthaltraumes.

Literatur.

v. Recklinghausen, Rachitis und Osteomalazie. G. Fischer, 1910. — Wieland, Rachitis tarda. Springer, 1914. — v. Zumbusch, Jesioneks Ergebnisse auf dem Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1910. — Weber, Hans, Beitrag zum Pemphigus foliaceus. Inaug.-Diss., München 1919. — W. kl. W., 1919, S. 82ff., 245, 295, 336, 385, 604, 712, 908. — M. m. W., 1918, Nr. 34; 1919, Nr. 26, 28, 29, 34; 1920, Nr. 4, 29.

Aus der akademischen Klinik für Hautkrankheiten (Direktor: Prof. Dr. Carl Stern).

Ein Beitrag zu der von E. Hoffmann angegebenen Drüsenpunktion zwecks Frühdiagnose der primären Lues.

Von

Dr. Tilling, Assistenzarzt der Klinik.

Im Jahre 1905, bei den ersten Untersuchungen über Form und Vorkommen der Spirochaeta pallida im menschlichen Organismus, haben die Entdecker des Erregers der Lues, F. Schaudinn und E. Hoffmann, bereits die Punktion der geschwollenen Leistendrüsen als ein sehr geeignetes Mittel angegeben, um „ein möglichst einwandfreies, von zufälligen Beimischungen freies Untersuchungsmaterial" zum Spirochätennachweis zu erhalten (D. m. W., 1905, Nr. 19, „Über Spirochätenbefunde im Lymphdrüsensaft Syphilitischer"). Es wurde von diesen Autoren damals in 8 Fällen unzweifelhafter Lues teils im Ausstrich der exstirpierten Drüsen (in 2 Fällen), teils in dem durch Punktion gewonnenen Drüsensaft (in 6 Fällen) die Spirochaeta pallida nachgewiesen. Zugleich wurde von E. Hoffmann die genaue Technik der Drüsenpunktion in allen Einzelheiten beschrieben. Hoffmann hat dann späterhin noch mehrfach auf diese seine Methode zum Nachweis der Spirochäte beim Versagen der anderen Mittel hingewiesen. Im vorigen Jahre berichteten neuerdings Habermann und Maulshagen aus der Hoffmannschen Klinik in Bonn über den Wert der Drüsenpunktion für die Frühdiagnose der Lues und wiesen bei dieser Gelegenheit auf folgende, bereits von E. Hoffmann betonten Vorteile dieser Methode hin:

1. Gewinnung eines mit anderen Spirochäten nicht verunreinigten Untersuchungsmaterials.

2. Nachweis der Spirochaeta pallida im Punktat, in Fällen, in denen dieser in vorschriftsmäßig entnommenem Reizserum bei Ulcera mixta oder

Digitized by Google

gangraenosa und unzweckmäßig vorbehandelten Schankern nicht möglich ist, oder in denen wegen Bestehens einer Phimose kein Reizserum in ordentlicher Weise entnommen werden kann.

3. Verhütung der Verwechslungsmöglichkeit mit Mundspirochäten bei Primäraffekten auf der Mundschleimhaut.

Habermann und Maulshagen nahmen in 33 Fällen bei primärer Lues die Drüsenpunktion vor und konnten in 30 Fällen, also in rund 90% Spirochäten nachweisen. In 11 Fällen war die sofortige Frühdiagnose „Syphilis" allein mit Hilfe der Drüsenpunktion möglich. Bei 13 sekundärluetischen Fällen gelang ihnen der Spirochätennachweis in 9 Fällen (75%). Außer E. Hoffmann und Habermann hat noch K. Preiss auf den praktischen Wert der Drüsenpunktion besonders auch im zweiten Latenzstadium und wenn die Primärsklerose in Rückbildung begriffen ist, hingewiesen (Ref.: Arch. f. Derm., Bd. 101). Dagegen konnten zwei andere Autoren, Philips und Glyn, in mehr als der Hälfte der Fälle von typisch vergrößerten Drüsen keine Spirochäten im Punktat nachweisen und erklärten daher die Methode für „wenig tauglich" (Ref.: Arch. f. Derm., Bd. 112, S. 1062).

Da in der primären seronegativen Periode der Lues der Spirochätennachweis für die Sicherstellung der Diagnose und die frühzeitige Festlegung des Heilplanes von zweifellos eminenter Bedeutung ist, es aber in einer gewissen Anzahl von Fällen aus oben bereits erwähnten Gründen trotz vorschriftsmäßiger Manipulation nicht gelingt, in dem primären Ulkus bzw. der Sklerose Spirochaeta pallida zu finden, so leuchtet der Wert der Drüsenpunktion für diese letzteren Fälle wohl ein, falls sich in der Praxis bestätigt, daß sich mit dieser Methode in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle im primären Luesstadium, wie dies nach den Untersuchungsergebnissen von Hoffmann, Habermann und Maulshagen der Fall ist, die Spirochaeta pallida nachweisen lassen. — Um diese Frage weiterhin zu prüfen, habe ich auf Veranlassung von Prof. C. Stern seit Oktober vorigen Jahres bei 55 Fällen primärer und sekundärer Lues der hiesigen Hautklinik die Drüsenpunktion ausgeführt. Bei 27 Fällen von primärer Lues gelang der Spirochätennachweis in 26 Fällen (96%), bei 28 Fällen von sekundärer Lues 17mal, etwa (60%), in 25 der angeführten Fälle konnte die Spirochaeta pallida sofort nur im Drüsenpunktat nachgewiesen werden, teils weil der Primäraffekt wegen einer bestehenden Phimose nicht erreichbar war, teils weil sich im Reizserum der draußen bereits mit Jodoform oder ähnlich vorbehandelten Primäraffekte keine Spirochäten fanden, teils (bei sekundären Fällen) weil die Sklerose sich bereits zurückgebildet hatte oder in Rückbildung begriffen war. In 3 primären Fällen war die Frühdiagnose „Syphilis" nur durch die Drüsenpunktion möglich. Da sich im vorschriftsmäßig entnommenen Reizserum der Ulzera aus den bereits erwähnten Gründen keine Spirochaetae pallidae fanden, das klinische Bild kein typisches war, und die WR noch 0 war und dann auch weiter während der Behandlung bis jetzt negativ blieb. In 2 Fällen von Primäraffekten auf der Mundschleimhaut konnte durch Nachweis typischer Spirochaetae pallidae in den geschwollenen Submaxillar- bzw. vorderen Halsdrüsen die Verwechslungsmöglichkeit mit Mundspirochäten einwandfrei ausgeschlossen und die Diagnose „Lues" sofort gesichert werden. Erwähnen

Digitized by Google

möchte ich auch noch einen Fall, der vor wenigen Tagen in die Ambulanz der hiesigen Klinik zur Behandlung kam. Der Patient war seit zwei Monaten wegen einer Papel an der Lippe, die man bisher als Aphthe angesehen hatte, behandelt worden. Seit einigen Tagen bestand Halsdrüsenschwellung. Die sofort vorgenommene Drüsenpunktion ergab Spirochaeta pallida im Punktat, wodurch die Diagnose erklärt war.

Die Punktion habe ich nach den von E. HOFFMANN in seiner bereits erwähnten Arbeit angegebenen technischen Vorschriften ausgeführt. Bei mehreren Fällen machte ich die Beobachtung, daß der Spirochätennachweis im Punktat erheblich geschwollener Drüsen nicht gelang, während im Punktat kleinerer Drüsen dann nachher sich Spirochäten fanden. Auch schien eine vorherige Massage der Drüsen auf das Resultat einen günstigen Einfluß zu haben. Der Drüsensaft wurde mit physiologischer Kochsalzlösung vermengt und sofort im Dunkelfeld untersucht.

Wie aus obiger Zusammenstellung hervorgeht, besteht eine ziemliche Übereinstimmung bezüglich des Resultates mit dem von HABERMANN und MAULSHAGEN im vorigen Jahre publizierten Untersuchungsergebnissen, und findet die von HOFFMANN vertretene Meinung über den Wert dieser seiner Methode eine weitere Bestätigung. Während nun der Spirochätennachweis bei Vorhandensein von sekundären Symptomen im allgemeinen nur statistischen Wert hat, ist er in der Praxis in erster Linie wichtig bei der primären Lues; und hier ließen sich bei dem untersuchten Material unserer Klinik in fast 100% Spirochäten im Punktat feststellen. Da die Herstellung eines Präparates aus dem Drüsenpunktat im allgemeinen nicht mehr Zeit beansprucht als die Anfertigung eines solchen aus dem Reizserum des Primäraffektes und auch der hierzu erforderliche Eingriff dem Pat. kaum viel mehr Beschwerden verursacht, so sollte man in allen Fällen von Verdacht auf primäre Lues, in denen die anderen Methoden des Spirochätennachweises nicht gelingen, die Drüsenpunktion anwenden. Man kann der Ansicht von HABERMANN und MAULSHAGEN in dieser Hinsicht beipflichten, daß in diesen Fällen, namentlich wenn auch das klinische Bild nicht eindeutig ist, wie in den drei von mir besonders erwähnten Fällen, in der seronegativen Periode die Drüsenpunktion allein die diagnostische Entscheidung bringen kann. In der seropositiven Periode ist es aber gewiß auch vorteilhafter, sofort durch den Spirochätennachweis die Diagnose stellen zu können, als unter Umständen noch acht Tage auf das Ergebnis der serologischen Untersuchung warten zu müssen, um dann erst die Behandlung zu beginnen.

Digitized by Google

Aus der Städtischen Hautklinik in Essen (Chefarzt: Prof. Dr. Fr. Bering).

Zur Bäderbehandlung des Ekzems.

Von

Dr. L. Kleinschmidt, Oberarzt der Klinik.

Die Ansicht, daß Ekzeme und Dermatitiden gegen Wasser sorgfältig zu schützen seien, ist heute noch bei Ärzten und Laien weit verbreitet. Diese Meinung, auf langer Beobachtung fußend, ist im allgemeinen berechtigt. In der Tat vertragen Ekzeme und Dermatitiden die gewöhnlichen Waschungen mit Wasser und Seife schlecht oder gar nicht. Häufig sieht man auch bei Leuten, die viel im Wasser arbeiten, und gelegentlich bei Patienten, die in Dauerbädern behandelt werden, die Bildung eines Ekzems oder die Verschlimmerung eines bestehenden. Aber der Wunsch nach einer gründlichen Reinigung drängt sich geradezu auf, wenn man einen Patienten mit universellem Ekzem oder nässender Dermatitis zu Gesicht bekommt: große Teile des Körpers sind bedeckt mit noch nassen oder eintrocknenden Sekreten, an vielen Stellen sitzen Krusten und Gerinnsel untermischt mit Schmutz und Stoffteilchen aus der bedeckenden Kleidung. Alle diese Substanzen wären in ihrer Hauptmenge durch nichts besser zu entfernen als durch ein Vollbad. Hierdurch wird einerseits einer Unzahl von Bakterien, die zu einer impetiginösen Komplikation des Ekzems die Veranlassung geben können, der Nährboden entzogen und uns andererseits eine bessere Möglichkeit geschaffen, mit unseren lokaltherapeutischen Maßnahmen an die kranke Haut heranzukommen.

Über die Ätiologie des Ekzems herrscht noch keine völlige Klarheit. Wir wissen unter anderem nur, daß chemische und physikalische Reize ein Ekzem hervorrufen können, daß vielleicht eine angeborene oder erworbene Disposition vorhanden sein muß und daß Bakterien auf jedem Ekzem vorkommen. Das primäre Ekzembläschen ist bei exakter Versuchsanordnung stets steril gefunden und doch wachsen auf jedem Ekzem Staphylokokken fast in Reinkultur. Über die Rolle, die diese Mikroben bei der Entwicklung und dem Verlauf des Ekzems spielen, sind die Ansichten geteilt. Bender, Bockhardt und Gerlach ist es gelungen mit den Stoffwechselprodukten derartiger Staphylokokkenkulturen auf „disponierter“ Haut ein echtes Ekzem zu erzeugen, während Fritz Veiel nur eine rasch vorübergehende Dermatitis hervorrufen konnte. Bruck und Hidaka wiesen nach, daß die Staphylokokken im Blute Ekzematöser biologische Veränderungen hervorrufen, wie sie nur bei echten Staphylokokkenerkrankungen zu beobachten sind. Klingmüller ist der Ansicht, daß weder die oft ungeheuer große Zahl der Bakterien noch die von ihnen ausgehenden Giftstoffe allein imstande seien, eine derartige weit-

Digitized by Google

gehende Durchtränkung der Haut und Auflockerung der Epidermis zu veranlassen, wie sie bei akuten Ekzemen so häufig beobachtet wird. Er fand, daß die bei den stark nässenden Ekzemen und Dermatitiden abgesonderte Flüssigkeit einen sehr hohen Grad von Alkaleszenz zeigte. Das gleiche gilt nach ihm auch von den eitrigen und serösen Absonderungen bei Entzündungen an Ohren oder Genitalien. Diese Tatsache fanden wir in vielfachen Nachuntersuchungen bestätigt. Der Alkaleszenz dieser Flüssigkeiten schreibt KLINGMÜLLER in erster Linie eine aufweichende und auflockernde Wirkung zu; denn gerade so weit wie die ausgeschiedene Flüssigkeit gelangen kann, zeigt die Haut die starke Aufquellung. Die Patienten selbst geben oft an, daß, so weit das „Giftwasser", die ausgeschiedene Flüssigkeit der Ekzeme, gelangt sei, sich die Hautkrankheit ausgebreitet habe. Läßt man ferner einen feuchten Verband bei einem akuten Ekzem so lange sitzen, bis er eingetrocknet ist, so zeigt sich sehr oft am folgenden Tage eine Ausbreitung des Ekzems genau in der Ausdehnung, wie der nunmehr sekundär durch die Ekzemflüssigkeit wieder feucht gewordene Verband reicht.

Was nun aber auch bei der Entstehung und Ausbreitung des Ekzems die Hauptsache sein mag, immer erscheint es wünschenswert, die Bakterientoxine, ausgeschiedene Flüssigkeit, abgestoßenen Epidermisschichten und sekundäre Auflagerungen nach Möglichkeit zu entfernen, und zu diesem Zweck ist ein Bad das zweckdienlichste Mittel. Könnte man die häufig schädigende Wirkung des Wassers beheben, und außerdem noch die in der Therapie des Ekzems bekannten Medikamente, soweit sie sich in Wasser lösen oder suspendieren lassen, dem Bade hinzufügen, so wäre ein großer therapeutischer Erfolg zu erzielen.

KLINGMÜLLER versuchte bei der Ekzemtherapie zunächst die stark alkalisch reagierenden Sekrete durch saure Bäder zu neutralisieren und benutzte hierzu Essigsäurebäder in Verdünnung von 1 : 6000 bis 1 : 2000. Er fand hierin ein ausgezeichnetes Mittel, um Entzündungen und starke Reizungen bei akuten ekzematösen Erkrankungen und anderen Dermatitiden zu mildern oder gar zu heilen. Durch Kombination mit dem in der Ekzemtherapie hochgeschätzten Teer versuchte er die günstige Wirkung der sauren Bäder noch zu erhöhen.

Nun gelingt es aber nur mit Hilfe alkalischer Medien, die Teerpräparate mit Wasser mischbar zu machen. KLINGMÜLLER veranlaßte deshalb die chemische Fabrik Dr. Noerdlinger-Flörsheim, sich mit der Herstellung eines geeigneten Präparates zur Bereitung saurer Teerbäder zu beschäftigen, die nach langen Versuchen unter dem Namen Balnazid ein zweckentsprechendes Mittel in den Handel gebracht hat.

Balnazid wird durch einen komplizierten Oxydationsvorgang, verbunden mit einer Überführung unlöslicher Bestandteile in wasserlösliche Verbindungen, aus bestimmten sauren Destillaten des Buchenholzteers gewonnen. Es ist eine in Wasser leicht lösliche Flüssigkeit von saurem Charakter, schwachem, aromatischem Geruch und schwarzer Farbe. Für Badezwecke wird Balnazid in Literflaschen in den Handel gebracht; zur bequemen Abmessung sind die Flaschen mit einer Einteilung versehen. Jeder Teilstrich entspricht 50 ccm. Man gießt zum Gebrauch, während die Wanne volläuft, einem Vollbade 100 ccm zu, bei Kinder- oder Teil-

Digitized by Google

bädern entsprechend weniger. Auch bei längerem Gebrauch werden die Wannen von diesem Teerpräparat kaum angegriffen.

Wir verwenden in unserer Klinik das Balnazid als Badezusatz seit sechs Jahren dauernd mit bestem Erfolg, so daß uns das Präparat unentbehrlich geworden ist.

Die mit einem ganz akuten Ekzem oder einer universellen Dermatitis behafteten Patienten, die bei ihrer am ganzen Körper nässenden, geröteten und durch sekundäre Auflagerungen beschmutzten Haut, mit ihren starken Ödemen und ihrem unerträglichen Juckreiz einen bejammernswerten Eindruck machen, kommen ganz schematisch auch ohne besondere ärztliche Anordnung gleich nach der Aufnahme in ein kühles Balnazidbad von etwa 30° und 10 Minuten Dauer. Sie werden dann schnell abgetupft, zu Bett gebracht und in ein mit Puder eingestreutes Laken gehüllt. Das geronnene Exsudat, die Krusten, die gelockerte Epidermis, die abgestoßenen Schuppen, Reste einer Salbenbehandlung und der Schmutz sind von der Haut entfernt; die Oberhaut selbst schrumpft zusammen, die Hyperämie, die entzündliche Hautschwellung, das Nässen und Jucken läßt nach; der üble Geruch, unter dem die Patienten sehr zu leiden haben, verschwindet völlig. Nach wenigen Bädern und abwechselnder Puderbehandlung ist das Ekzem trocken und reizlos geworden. Auch die Übelkeit und die starke Störung des Allgemeinbefindens, die bei universellen Ekzemen und Dermatitiden, vor allem z. B. bei Salvarsandermatitis fast immer zu beobachten sind, gehen meist rasch zurück und machen einem Wohlbefinden Platz. Die Kranken wünschen immer wieder ein Balnazidbad, und gerade das Verlangen des Ekzemkranken, der, durch trübe Erfahrungen belehrt, meist weiß, was ihm zuträglich, ist in der Therapie ein guter Indikator für die Zweckmäßigkeit der Behandlung. Hinzu kommt noch, daß bei dieser uns bereits zum Schema gewordenen Art der Behandlung der akuten Ekzeme das tastende Ausprobieren der verträglichen Medikamente fortfällt, und daß die sonst üblichen großen feuchten Verbände, die für den Kranken viele Unbequemlichkeiten im Gefolge haben und eine Menge Mühe und Kosten verursachen, überflüssig sind, so daß die Behandlung wesentlich erleichtert und verbilligt wird.

Wir haben beobachtet, daß gerade die kurzen kühlen Balnazidbäder vor allem auf den Juckreiz den günstigsten Einfluß ausüben. Erkältungskrankheiten, die bei dem geschädigten Wärmeregulierungsapparat der ekzemkranken Haut häufiger zu erwarten wären, haben wir bei sachgemäßer Wartung nie beobachtet. Über die Frage, ob warmes oder kaltes Bad, entscheidet aber letzten Endes das Behaglichkeitsgefühl des Patienten; warme Bäder kann man entsprechend länger ausdehnen. Ein weiterer Vorteil dieser Behandlung ist noch der, daß sich die Haut an die Teerbehandlung gewöhnt hat und die weitere Applikation von hochprozentigen Teerpasten und Salben meist reizlos verträgt.

Bei lokalen akuten Ekzemen an Armen und Beinen verfahren wir mit lokalen Teerbädern in der gleichen Weise; bei Ekzemen des Gesichts verordnen wir Balnazidaufschläge mit bestem Erfolg. Besonders günstig sind unsere Erfahrungen bei nässendem Ekzem der behaarten Kopfhaut: Jucken, Nässen und Rötung lassen bald nach, und unter weiterer Teer-

Digitized by Google

behandlung, die ja bekanntlich auf dem Kopfe besonders gut vertragen wird, heilt die Erkrankung meist rasch ab.

Subakute Ekzeme erfordern nach unseren Erfahrungen meistens protrahiertere Bäder, um eine Lockerung der Hautschichten zu erzielen; auch darf man bei diesen Ekzemen nicht so schematisch verfahren, wie oben angegeben; sieht man doch gelegentlich Reizungen, Trockenheit, Sprödigkeit und Jucken auf den bis da gesunden Hautpartien.

Nach unseren reichlichen Erfahrungen sehen wir in den Balnazidbädern eine wertvolle Bereicherung der Behandlungsmethoden Ekzemkranker.

Versammlungen.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Februar 1920.

BURNIER und M. BLOCH: **Angiom des Gaumens.** Das Aussehen ähnelte dem eines Botrymykoms; nach dem histologischen Befunde besser als Angiofibrom zu bezeichnen.

M. BLOCH und E. SCHULMANN: **Bemerkungen über einige Fälle von Gangrän der Penishaut.** Wenn auch Gangrän bisweilen ohne besondere Ursache vorkommt, ist sie doch meist Folge von indurlertem Schanker, Ulcus molle, tertiärer Syphilis. Fälle: 1. Oberflächlicher gangränöser Plaque bei syphilitischem Schanker. 2. Ulcus molle, Phimose, Gangrän am Dorsum, Fensterbildung, danach schnelle Heilung. 3. Indurierter Schanker am Ende des Präputiums, Gangrän, teilweise Abstoßung des Präputiums. 4. Induriertes Ulkus am Frenulum, Phimose, Gangrän, beginnend zwischen vorderem und mittlerem Drittel des Penis, zu völliger Abstoßung des Präputiums führend. Damit sind vier gradweise gesteigerte klinische Typen beobachtet. Bakteriologisch oberflächlich Kolonien banaler Keime, in der Tiefe lentikuläre Kolonien, gasbildend, Gelatine zersetzend, von einem unbeweglichen, nicht sporenbildenden, also der Beschreibung der „Perfringens" entsprechenden Bazillus; andere Kolonien entsprechen vielleicht der Beschreibung eines anderen Anaeroben vom Typus „histolyticus".

GASTOU: **Fall von Pian bei einem anamitischen Kolonialarbeiter.** Affektion am rechten Nasenflügel auf die Schleimhaut übergreifend. In Schnitten nach LEVADITI sehr kurze Spirochäten entsprechend den Spirochäten bei Frambösie oder Pian. Reaktion von BORDET-GENGOU positiv.

GOUGEROT: **Über die Ansteckungsfähigkeit der Krätze. Die gegen die Krätze Refraktären. Die „Keimträger".** Es gibt Personen, die beim Zusammenschlafen mit Skabiösen nicht infiziert werden: Refraktäre. Von diesen sind manche wirklich unschädlich und nicht kontagiös, andere jedoch sind Träger des Akarus „Keimträger", daher kontagiös und wie Krätzekranke zu behandeln.

LEREDDE: **Über zwei Fälle von Haematodermitis pruriginosa (Lichen simplex), wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs.** Es gibt wahrscheinlich Dermatosen indirekt syphilitischen Ursprungs, denen Blutveränderungen voraufgehen. Deshalb muß bei Personen mit Dermatosen nicht spezifischen Charakters, besonders pruriginösen nach aquirierter und besonders hereditärer Syphilis geforscht werden, und es ist, soweit Syphilis sichergestellt oder wahrscheinlich oder der Fall sehr rebellisch ist, eine Probebehandlung mit Hektine einzuleiten (mit Rücksicht auf den Patienten als zunächst harmlose Arsenbehandlung) und dann eventuell zu Arsenobenzol überzugehen.

ABADIE: **Über die Wirkung der ununterbrochenen und prolongierten merkuriellen Einspritzungen bei gewissen Manifestationen der Syphilis.** Vortragender, der sich mit Augenerkrankungen beschäftigt, hat die Beobachtung gemacht, daß, während früher mehr Iritis, jetzt häufiger Chorioretinitis vorkommt, die gegen jede Behandlung außer gegen intravenöse Einspritzungen von Quecksilberzyanür sehr rebellisch ist. Deren Wirksamkeit wird noch gesteigert durch seine Methode, alle zwei Tage 0,01

Digitized by Google

einzuspritzen, und zwar monate- bis jahrelang, unterbrochen nur, falls Komplikationen eintreten, was jedoch selten Dadurch werden bei intermittierender Behandlung refraktäre Fälle mindestens bedeutend gebessert. Vorzüglicher Erfolg bei der sonst hoffnungslosen kongenitalen Hydrophthalmie des kindlichen Alters. Viele Erblindungen beruhen auf unterbrochener oder zu früh beendeter Behandlung. Dieselbe Behandlung wird empfohlen für die spasmodische Kinderlähmung, die auf Lues hereditaria beruhenden Dystrophien. Leukoplakia buccalis, Herzaffektionen, beginnende spezifische Aortenaneurysmen. In der Diskussion werden zwar gegen die gewissermaßen andauernde Behandlung Bedenken geäußert, jedoch die Notwendigkeit, die Pausen möglichst zu verkürzen, allgemein anerkannt.

S. Pollitzer-New York: **Die intensive Behandlung der Syphilis.** Um den nötigen Erfolg zu erzielen, muß durch eine energische, von Ruhepausen unterbrochene Behandlung der Körper in den Zustand einer dauernden Sterilisierung versetzt und die Spirochäten aus der Resistenzform in einen angriffsfähigen Zustand übergeführt werden. Lösliche Quecksilbersalze werden täglich verabfolgt, unlösliche halbwöchig; Arsphenamine (offizielle amerikanische Bezeichnung für alle Arsenobenzole) zwar auch schnell wie lösliches Hg ausgeschieden, jedoch nicht täglich, sondern in kurzen Intervallen innerhalb weniger Tage zu wiederholen, weil sonst keine abzutötenden Spirochäten vorhanden sind. Dosierung: 0,1 Arsenobenzol auf 25 Pfd. bei Männern, 30 Pfd. bei Frauen, bei Neugeborenen um die Hälfte geringer. Bei sonst gesunden Personen als erste Dosis mindestens die Volldosis. Technik: Sehr feine Kanülen, damit die Injektion langsam erfolgt. Vorbereitung des Patienten: Bei auch nur geringer Nephritis Verringerung der Dosis auf ein Viertel bis ein Sechstel; eine starke Spur von Albumen und einige hyaline und selbst granulierte Zylinder am Morgen nach der Einspritzung sind ohne Bedeutung. Am Abend zuvor Abführmittel, 2 Stunden zuvor nur etwas Tee oder Kaffee, danach 6—8 Stunden nüchtern bleiben, dann leichte Mahlzeit. Behandlungsplan: Unter einer Serie von Arsphenaminen werden an drei aufeinanderfolgenden Tagen wiederholte Einspritzungen einer Volldosis verstanden, unter einer Serie kombinierter Behandlung eine solche Serie mit nachfolgender Serie von Quecksilbereinspritzungen während 4—6 Wochen. Nur die erste der drei Injektionen ruft eine Reaktion hervor. Während des ersten Jahres vier Serien kombinierter Behandlung, 6 Wochen Pause zwischen erster und zweiter, 8 Wochen zwischen den folgenden. Falls Behandlung vor der sekundären Periode begonnen, bleibt WR wahrscheinlich negativ, es würde genügen, weiterhin vierteljährlich zu kontrollieren, jedoch sicherer im zweiten Jahre mit drei Serien fortzusetzen und vielleicht im dritten Jahre zwei Serien. Wenn der Kranke ein Jahr lang ohne Behandlung und während dieser Zeit die WR negativ, die Lumbalpunktion keine Veränderungen des Nervensystems ergibt, ist die Heilung wahrscheinlich. Falls die Behandlung erst in späterer Epoche begonnen, drei Jahre lang drei Serien.

E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Zur Scharlachfrage, von Zuelzer. (B. kl. W., 1919, Nr. 48.) Ausgehend von der Überlegung, daß zwischen Malaria einerseits und Scharlach sowie Fleckfieber andererseits klinische Analogien bestehen, daß bei allen drei Affektionen wahrscheinlich Protozoen die Erreger sind, deren spezifische Beeinflussung durch Chinin wir von der Malaria her kennen, versuchte Z. auch bei einer Scharlachepidemie Chinin per os und intramuskulär. Es ergab sich in der Tat eine sehr günstige Wirkung, wenn mit der Behandlung schon im Inkubationsstadium begonnen wurde, ein völliges Versagen im exanthematischen Stadium. Wir sind aber in der Lage, den Scharlach sehr frühzeitig zu erkennen (Leber- und Milzschwellung, Veränderungen an der Zunge und Gaumen). Wir werden gut tun, fortab jede Angina mit Chinin zu behandeln und die Umgebung des Scharlachkranken prophylaktisch zu chinisieren. O. Sprinz-Berlin.

Über den diagnostischen Wert des Rumpel-Leedeschen Scharlachphänomens, von Hermann Müller jun.-Zürich. (D. m. W., 1919, Nr. 46.) 1919 machte Rumpel.

Digitized by Google

auf das Auftreten von petechialen Blutungen in der Ellenbeuge nach Anlegen einer Stauungsbinde am Oberarm bei Scharlachkranken aufmerksam. Er legte diesem Zeichen großen diagnostischen Wert bei, trotzdem es sich auch bei anderen Krankheiten, vor allem Masern und Lues zeigt. M. hat nun an der inneren Klinik in Zürich an 116 Scharlachkranken 176 systematische Stauungsversuche vorgenommen und ist zu folgendem Ergebnis gekommen: Schnelles und starkes Erscheinen des Phänomens kommt fast ausschließlich bei deutlichem und intensiv rotem Scharlachexanthem vor; bei blaßrotem oder schon verschwundenem Exanthem tritt es nur langsam und schwach auf. Es erweist sich daher nicht als ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel bei der Scharlachdiagnose, sondern bloß als eine Funktion der Exanthemstärke.

E. Brinitzer-Altona.

Über das Exanthem bei der Meningitis cerebrospinalis epidemica, von Willy Schultz. (Diss., Rostock 1917.) Das Exanthem bei der Meningitis cerebrospinalis epidemica ist eine verhältnismäßig häufig auftretende Begleiterscheinung dieser Krankheit. Es tritt am ersten bis zweiten Krankheitstage auf und ist ein Initialsymptom. Es tritt allmählich auf mit mehr oder weniger zahlreichen Nachschüben. Es zeigt sich in Gestalt von Roseolen und Petechien, die sich mit Bildung von Eiterpusteln und Nekrosen weiter entwickeln können. Die Roseolen können sich zu Petechien umbilden, doch kommen auch Petechien ohne roseoläres Vorstadium vor, zugleich mit Beginn des Ausschlages. Die erkrankten Hautstellen sind manchmal infiltriert. Die Roseolen sind von hellroter Farbe, die Petechien und Hämorrhagien, die handtellergroß sein können, haben blaurotes Aussehen. Das Exanthem findet sich meist symmetrisch am ganzen Körper, besonders deutlich an den Extremitäten. Pathologisch-histologisch besteht das Bild einer arteriellen und kapillären Hyperämie der Haut und des Unterhautzellgewebes mit Hämorrhagien um die gestauten Gefäße herum, ferner eine perivaskuläre Ansammlung von polymorphkernigen Leukozyten und Lymphozyten. Der Ursprung des Exanthems ist nicht sichergestellt. Es ist nicht unmöglich, daß es sich um septische Hautmetastasen handelt. Verf. möchte jedoch die Entstehung des Hautausschlages auf eine toxische Wirkung zurückführen.

F. Weiler-Leipzig.

Die zunehmende Schwere der Varizellen, von W. Stolzner-Halle. (M. m. W., 1919, Nr. 41.) Der Ausschlag tritt jetzt früher reichlich auf, die Bläschen können das Aussehen von Blatter- oder Impfpusteln annehmen, die Allgemeinstörungen sind bedeutender, Narben häufiger. Auch Komplikationen, Auftreten bei Erwachsenen und Prodromalfieber wurden beobachtet.

v. Notthafft-München.

Über ein besonderes Verhalten der Haut Fleckfieberkranker, von E. Friedberger und Victor van der Reis-Greifswald. (M. m. W., 1919, Nr. 38.) Kleine Dosen abgetöteter Weil-Felix-Bazillen rufen bei Fleckfieberkranken in der Regel keine, in einzelnen Fällen schwache Gegenwirkung hervor, während sie bei anderen Kranken und bei Gesunden, in oder unter die Haut eingespritzt, fast immer eine heftige Entzündung erzeugen.

v. Notthafft-München.

Über Varizella bei Erwachsenen, von Bruno Komes. (Diss., Leipzig 1916; Klinik Rille.) 12 Fälle aus der Leipziger Hautklinik, die in den letzten 16 Jahren beobachtet wurden (8 männliche, 4 weibliche Personen; Alter 15—31 Jahre). Sämtliche Fälle passen, genau der Forderung der Autoren entsprechend, in das Bild der Varizella des Kindesalters.

F. Weiler-Leipzig.

Die Variolabehandlung mit Kaliumpermanganat, von Willy Bender. (B. kl. W., 1919, Nr. 49.) Die Behandlung der Variola durch Aufpinseln einer gesättigten Kaliumpermanganatlösung ist eine ausgezeichnet wirkende Methode zur Behandlung der dermatologischen Komponente der Erkrankung. Das Rekonvaleszentenstadium wird infolge der Beschleunigung der Abschuppung bedeutend verkürzt. Der Erfolg war bei acht Krankheitsfällen so offensichtlich, daß die Kaliumpermanganatpinselung in Verbindung mit Kollargol zur Zeit als die Methode der Wahl genannt werden muß.

O. Sprinz-Berlin.

Über einige Fälle von Übertragung echter Kuhpocken auf Menschen, von E. Meder. (Veröff. d. Med.-Verw., 1919, Bd. 9, Nr. 7.) Literaturzusammenstellung und Mitteilung eigner Beobachtungen von Übertragung echter Kuhpocken auf Menschen; darunter ein einzig dastehender Fall von Übertragung auf die Bindehaut des Auges.

O. Sprinz-Berlin.

Pocken und Pockenimpfung, von Alfred Soucek-Wien. (W. m. W., 1919, Nr. 48.) Der Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bestrebungen der Impfgegner, das Impfgesetz zu beseitigen. Eine Protestnote der österreichischen Impfgegner sowie eines

Digitized by Google

deutschen Arztes, der den gleichen Standpunkt vertritt, sucht die Bedeutung des Impfschutzes dadurch in Zweifel zu ziehen, daß sie auf das Vorkommen von Blatternepidemien in Ländern mit Impfzwang hinweist; ferner wird in ihr die Behauptung ausgesprochen, daß wir die Verhinderung des Umsichgreifens der Pocken nicht der Impfung, sondern den Fortschritten der Hygiene verdanken. Der Verf. weist diese Scheingründe zurück. Er kommt dann zu sprechen auf die Epidemie von 1917 in Deutschland und diejenige im Jahre 1915, welche in Wien auftrat. Es erkrankten damals in Wien 1566 Personen, von welchen 350 den Pocken zum Opfer fielen. Von allen Erkrankten war nur bei 34 mit einem Impfschutz zu rechnen, da sie innerhalb der letzten 6 Jahre erfolgreich geimpft oder wiedergeimpft waren. Von den Todesfällen entfielen nur zwei auf mit Erfolg geimpfte Personen. Die Epidemie zeigt ein überwiegendes Erkranken der Ungeimpften und der nicht mehr unter ausreichendem Impfschutz Stehenden. Von den genügend Geimpften erkrankten 2,1% und starben 0.57%; Ungeimpfte erkrankten 26% und starben 47%. Für das deutsche Impfgesetz spricht, daß es die Pockenepidemie von 1917 in Berlin nur auf 400 Kranke mit 40 Todesfällen brachte. Im Gegensatz zu den gewaltigen Verheerungen, welche die Pocken in den früheren Kriegen verursachten, blieben im Weltkriege Armeen und Völker, die sich in gutem Impfschutze befanden, verschont. Im Gegensatz zu anderen Infektionskrankheiten blieb die Erkrankungs- und Mortalitätsziffer der Pocken gering. Ferner weist der Verf. auf die Unterschiede hin, welche bezüglich der Pockenschäden zwischen Ländern mit geimpfter und nichtgeimpfter Bevölkerung bestehen. Schließlich geht der Verf. auf die vermeintlichen Gefahren der Impfung ein. Der Mortalitätskoeffizient der Erstimpflinge auf 1000 und ein Jahr ergibt einen Wert von 3.9, der nur einen Bruchteil der Mortalität der Altersklassen bildet, in dem die Erstimpflinge stehen. H. Vörner-Leipzig.

Die Dauer des Impfschutzes, von H. Böing-Berlin-Lichterfelde. (Allg. m. Zztg., 1918, Nr. 43.) Verf. wendet sich gegen die Versuche von Gins, aus seinen Erfolgen bei Wiederimpflingen den Beweis zu erbringen, daß die Schutzkraft der Impfung sich auf einen viel längeren als den vom Kaiserl. Gesundheitsamt angenommenen Zeitraum von 10 Jahren erstrecke, unter Umständen sogar lebenslänglich sei. Die negativen Erfolge von Gins sind schon lange durch vielfache anderweitige zu positiven Resultaten gelangte Versuchen überholt und dadurch zu erklären, daß seine Lymphe zwar virulent genug war, bei den Erstimpfungen 100% volle Erfolge zu erzielen, aber nicht virulent genug, um die stärkere Widerstandskraft älterer Personen zu überwinden. Die Ursache ist in der Art der Gewinnung der Lymphe oder in ihrer Aufbewahrung oder ihrem Alter zu suchen. E. Levin-Berlin.

Über die Verbreitung der Pocken in Deutschland und Österreich seit Kriegsausbruch, von Gins. (D. m. W., 1919. Nr. 24.) Für den Wert der Schutzimpfung legen folgende Tatsachen schwerwiegendes Zeugnis ab. Bis zum Kriegsausbruch war Österreich-Ungarn pockenarm, aber schon gegen Ende des Jahres 1914 beginnt eine Zunahme der Fälle. Im Jahre 1915 sind 23502 Pockenfälle registriert. Trotz dieser großen Epidemie und den nahen Beziehungen durch die verbündeten Heere erlebten wir nur eine vorübergehende Steigerung der Pockenfälle im Jahre 1917 (2300 Fälle), die nach wenigen Monaten schon wieder verschwand. Von der größten Bedeutung ist die Tatsache, daß bei uns weitaus die größte Mehrzahl der Erkrankten das 40. Lebensjahr überschritten hatte. Bei den Pockenfällen in Berlin 1917 lieferten die 20% Einwohner über 40 Jahre rund $^4/_5$ aller Pockenkranken. G. tritt daher dafür ein, daß durch ärztliche Propaganda die Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften für eine freiwillige Impfung aller Erwachsenen über 40 Jahre gewonnen werden.

E. Brinitzer-Altona.

Über Beziehungen zwischen Tier- und Menschenpocken, von H. A. Gins-Berlin. (Zschr. f. Hyg., Bd. 89, H. 2.) Vermittels mehrerer Passagen über die Kaninchenhaut ist die Umzüchtung von echten Menschenpocken, Schweinepocken, Ziegenpocken und Schafpocken in Kuhpocken einwandfrei gelungen. Die Annahme, daß die bei Menschen und Tieren vorkommenden Pockennarben alle von der weitest verbreiteten Pockenart, den Menschenpocken abstammen, findet durch diese experimentellen Ergebnisse eine weitere Stütze. O. Gans-Heidelberg.

Bemerkungen zu der Arbeit von Anders: Über einen Fall von allgemeinen Kuhpocken mit tödlichem Ausgang, von H. A. Gins-Berlin. (Zschr. f. Hyg., Bd. 89, H. 2.) Der Fall von Anders ist nicht als Todesfall an generalisierter Vakzine zu bezeichnen, sondern wohl richtiger als Todesfall an Sepsis nach Pleuritis und Bronchopneumonie mit gleichzeitiger Generalisierung des Vakzinevirus infolge mangelhafter Im-

Digitized by Google

munisierung bei einer schon bestehenden fieberhaften Erkrankung. Wenn bei Ausführung der Pockenschutzimpfung nicht sorgfältig vermieden würde, mit irgendwelcher Allgemeininfektion behaftete Kranke zu impfen, dann würden ähnliche Fälle wie der von ANDERS beschriebene öfter vorkommen. O. Gans-Heidelberg.

Über die Identität des Vakzine- und Variolaerregers (Bemerkungen zu dem Aufsatz ANDERS': Über einen Fall von allgemeinen Kuhpocken usw.). Diese Zeitschrift, Bd. 88, H. 1, S. 116), von ICKERT-Stettin. (Zschr. f. Hyg., Bd. 89, H. 2.) Der von ANDERS veröffentlichte Fall von allgemeinen Kuhpocken (Vaccina generalisata) mit tödlichem Ausgang läßt noch eine andere Deutung als die vom Verfasser gegebene zu, nämlich die Auffassung als Variola. Näheres im Original. O. Gans-Heidelberg.

Über die Herkunft der Guarnierischen Körperchen, JOH. HAMMERSCHMIDT. (Zschr. f. Hyg. u. Infkr., 1918, Bd. 89.) Verf. kommt zu dem Schlusse, daß unter der Einwirkung des Vakzine- bzw. Variolaerregers oder seines Giftes auf das Epithel der Kornea und der Haut neben anderweitigen Veränderungen der Zelle in höchst auffälliger Weise eine Vermehrung der Nukleolarsubstanz zu konstatieren ist, die gänzlich oder zum Teil aus dem Kern austritt, in das Plasma zu liegen kommt und hier — entweder allein oder durch andere Substanzen aus dem Plasma bereichert — die Bildungen liefert, die als Guarnierische Körperchen für die Krankheit spezifisch sind. Auch anderweitige Erkrankungen, die zu der von v. PROWAZEK aufgestellten Gruppe der Chlamydozoenerkrankungen gerechnet werden, bekunden eine höchst auffällige Übereinstimmung; auch bei dieser Gruppe von Erkrankungen reagieren die betroffenen Zellen auf die Schädigung in gleicher Weise mit der Bildung von Einschlußkörpern im Plasma, welche in ihrem Ursprung auf veränderte Nukleolen zurückzuführen sind (Staupe, Lyssa, Geflügelpocke). O. Sprinz-Berlin.

Zur Färbung der Guarnierischen Körperchen, von BÖING. (B. kl. W., 1920, Nr. 13.) Durch die vom Verfasser angegebene Färbungsmethode ist es möglich, einen gewissen Einblick in die Guarnierischen Körperchen zu gewinnen. Auch gelang es damit, in den Zellkernen Gebilde darzustellen, die nach den bisherigen Beobachtungen für die Vakzineinfektion an der Kaninchenkornea spezifisch zu sein scheinen und sich nach ihrem mikroskopischen und färberischen Verhalten den Körnchen in den Guarnierischen Körperchen gleich verhielten. O. Sprinz-Berlin.

Weitere Versuche über das Kreisen des Vakzinevirus, von H. A. GINS. (B. kl. W., 22. März 1920.) Spritzt man einem Kaninchen oder Meerschweinchen große Mengen von Vakzine in die Blutbahn, so tritt nach steriler Verletzung der Hornhaut 3—7 Tage nach der Injektion eine typische Vakzineinfektion der Hornhaut auf. Im Gegensatze zum CALMETTE-GUERINschen Versuch ist das Virus in den ersten 48 Stunden nach der Injektion in der Hornhaut nicht nachzuweisen, zu einer Zeit also, wo es in der Haut schon verschwunden ist. Dagegen bleibt es in der Hornhaut selbst zu einer Zeit noch nachweisbar, zu welcher die Haut schon immun zu werden beginnt. O. Sprinz-Berlin.

Über Onychodystrophie nach Fleckfieber, von H. GROSSFELD. (W. kl. W., 1919, Nr. 46). Nach G. findet mit größter Regelmäßigkeit während des Fieberstadiums beim exanthematischen Typhus eine Hemmung im Wachstum der Nägel sowohl an den Fingern wie an den Zehen statt. Dieser Vorgang äußert sich dann ungefähr im zweiten Monat der Rekonvaleszenz durch einen weißlich verfärbten, minder durchsichtigen Querstreifen in der Gegend der Lunula, dessen proximaler Rand zunächst vom Nagelwall bedeckt ist. Dieser Streifen ist auch im Vergleich zu der Umgebung eingesunken, zeigt aber mannigfache sichtbare kleine Erhabenheiten. Mit dem weiteren Wachstum des Nagels schiebt sich die Läsion immer weiter distalwärts vor. Offenbar hat während der etwa 14tägigen Dauer des Höhepunktes des Typhus (wie dies auch bei anderen Erkrankungen beobachtet worden ist. Ref.) eine Störung in der Umwandlung des weißlich gefärbten Keratohyalins (UNNA) in das farblose Gleidin bestanden neben anderen trophischen Störungen in bezug auf die Nagelbildung.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Blut- und Liquorbefunde beim Fleckfieber, von A. ROTHACKER-Jena. (M. m. W., 1919, Nr. 42.) Ein typisches Blutbild, das nur dem Fleckfieber zukommt, gibt es nicht. In allen drei Stadien des Fleckfiebers ist das Blutbild verschieden. Im gleichen Stadium können die Blutbilder je nach der Schwere des Krankheitsfalles und dem Reagieren des kranken Individuums auf den Krankheitsreiz verschieden sein. Im ersten grippeartigen Stadium ist nur in den toxischen Fällen die Zahl der Übergangsformen und großen Mononukleären erheblich vermehrt (12%). Außerdem finden sich Riedersche

Digitized by Google

Reizzellen und wenige Myelozyten. Eosinophile nur in wenigen Exemplaren. Keine Vermehrung der Leukozyten, keine Normoblasten und andere Jugend- oder Degenerationsformen der Erythrozyten. Ist hierdurch auch für die Diagnose nicht viel gewonnen, so zeigt doch der Befund an, daß ein schwer toxischer Prozeß vorliegt, bei dem schon von Anfang an die Bildungsstätte der Leukozyten in Mitleidenschaft gezogen ist. — Im zweiten (Exanthem-) Stadium verschiebt sich das Verhältnis zugunsten der polymorphkernigen Leukozyten, und die Eosinophilen fehlen vollständig. In den toxischen Fällen hat die Zahl der Jugendformen zu-, die der Lymphozyten abgenommen. Im dritten (hämorrhagischen) Stadium ist die Gesamtleukozytenmenge i. A. auf 10—14000 erhöht; doch kommt es bei hohem Fieber auch zur Leukopenie. Diese Verhältnisse hängen weniger von der Schwere des Falles, als von der Fähigkeit des Individuums, auf den Reiz zu antworten, ab. Dagegen steht vom zehnten Tage ab das Mischungsverhältnis der Leukozyten fest. Polymorphkernige 95—97%. Oft, meist in toxischen Fällen, 10—15% Jugend-, Reiz- und Übergangsformen. Die normalen ausgewachsenen Neutrophilen sind die ganze Krankheit durch in verringerter Anzahl vorhanden. Lymphozyten fehlen nun fast ganz (3—6%), die Eosinophilen immer. Die Mastzellen treten selten in vermehrter Zahl auf. Die roten Blutkörperchen gehen jetzt auf 2—3000000 herunter. Dabei kein Bestand von Hydrämie und ziemlich gleichbleibender Hämoglobingehalt. Das Blutserum ist oft stark hämolytisch. Meist besteht dann Ikterus. Bei Fehlen anderer sicherer Zeichen von Fleckfieber kann dieses Blutbild charakteristisch sein. — Mit dem Fieberabfall kehren langsam die Eosinophilen zurück. Dann kommt es meist zu ausgesprochener Leukozytose, die pathologischen Formen verschwinden. Vom 8.—10. Rekonvaleszenztage an ist das Bild normal. — In den polymorphkernigen Leukozyten kommen Zelleinschlüsse vor. — Das Blutbild ist also frühestens vom 10. Tage an für die Diagnose verwendbar. In bezug auf die Prognose läßt sich nur der Giftigkeitsgrad, nicht der endliche Ausgang der Krankheit erkennen. Wenn auch tatsächlich von Anfang an ein sogenanntes buntes Blutbild besteht, so ist damit für die Diagnose doch nichts zu gewinnen, da dieses auch bei anderen fieberhaften Krankheiten vorkommen kann. Die Lumbalpunktion bringt den Kranken keine Erleichterung. Der Liquordruck ist i. d. R. nicht erhöht. Nonne fast immer negativ, nur selten leichte Trübung. Leichte gleichmäßige Vermehrung des Eiweißgehaltes. Immer starke Vermehrung der zelligen Elemente, besonders der einkernigen, und Vielgestaltigkeit der Zellen. Referierend werden dann noch gestreift die Heiligschen Siegelringzellen, die für Fleckfieber pathognomonisch sein sollen, und die von anderen gefundene, mit der Entfieberung eintretende Hämolysinreaktion des Liquors. Dieses und anderes spricht dafür, daß bei Fleckfieber eher eine Meningitis als ein Meningismus anzunehmen ist.

v. Notthafft-München.

Typische Halbseitenlähmung im Verlauf eines Thyphus exanthematicus, von R. Pfeiffer-Wieden. (W. kl. W., 1919, Nr. 44.) Es handelte sich um eine 26jährige Studentin, welche, aus Galizien kommend, in Wien mit zweifellosem Typhus exanthematicus erkrankte und während des Fieberstadiums eine schwere rechtsseitige Lähmung der Extremitäten und am Gesicht mit amnestischer Aphasie akquirierte. Zur Zeit dieser Publikation sind die Lähmungserscheinungen zwar gebessert, aber nicht beseitigt. Sprachvermögen noch erheblich beeinträchtigt. Über den Fall in den Anfangsstadien ist von G. Morawetz in der Med. Kl., 1919, Nr. 26, schon berichtet worden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Verhalten des Fleckfiebervirus im Organismus des Kaninchens, von R. Doer und R. Pick-Wien. (Zschr. f. Hyg., Bd. 89, H. 2.) Wenn man Kaninchen mit frisch bereiteten Emulsionen aus dem Gehirne normaler Meerschweinchen intraperitoneal injiziert oder umgekehrt in die Bauchhöhle von Meerschweinchen normales Kaninchengehirn einspritzt, reagieren die derart behandelten Tiere weder mit Temperatursteigerungen noch mit sonstigen Krankheitserscheinungen. Keines der mit virulenter Gehirnsubstanz von Passagemeerschweinchen injizierten Kaninchen reagierte mit einer Fieberbewegung, die als klinischer Ausdruck einer Fleckfieberinfektion aufgefaßt werden konnte, gleichgültig ob die virulente Hirnemulsion subkutan, intraperitoneal, intravenös oder intrazerebral beigebracht wurde und trotz der Verwendung hoher Dosen, welche oft weit mehr als das Hundertfache der infizierenden Minimaldosis des gleichen Materials für Meerschweinchen betrugen. Versuche, das Fleckfiebervirus im Gehirne der geimpften Kaninchen verschiedene Zeit nach seiner Einverleibung durch Übertragung auf Meerschweinchen nachzuweisen, lieferten teils negative (Kaninchen Nr. 1, 5, 8, 12), teils ganz eindeutige positive, durch alle erforderlichen Kontrollen gestützte Ergebnisse (Kaninchen

Digitized by Google

Nr. 6, 13, 7, 14, 91, 16). Wir müssen annehmen, daß sich der Fleckfiebererreger im Körper mancher Kaninchen erhalten, stark vermehren und in ganz analoger Weise wie im Organismus des Menschen und des Meerschweinchens ausbreiten kann. Das Kaninchen wäre also als minder empfängliche Spezies zu klassifizieren und würde sich gegen das Fleckfiebervirus tatsächlich verhalten wie Tauben gegen das Virus der Hühnerpest. Mit dem virulenten Gehirne erfolgreich inokulierter Kaninchen läßt sich die (latente) Infektion auf weitere Kaninchen übertragen. (Kaninchen Nr. 13 und 14.) Das Virus ändert anscheinend seine Eigenschaften während des Aufenthaltes im Kaninchen nicht. Die (zweimalige) Kaninchenpassage vermag das Virus nicht in einen „Impfstoff" umzuwandeln, mit dem man Meerschweinchen unter Vermeidung einer Vollreaktion aktiv immunisieren kann; damit darf wohl auch die Hoffnung, auf diesem Wege einen Fleckfieberimpfstoff für den Menschen zu gewinnen, als gescheitert betrachtet werden.

O. Gans-Heidelberg.

Über die Bedeutung der Proteusbazillen beim Fleckfieber, von Johannes Schürer und Georg Wolff. (Zbl. f. Bakt., Bd. 82, H. 7.) Bei der bakteriologischen Untersuchung des Blutes von 260 Fleckfieberkranken wurden neben Proteusstämmen vom Typus X19 und X2 auch gewöhnliche saprophytische Proteusbazillen gefunden. Die Weil-Felixsche Reaktion ist als Ausdruck einer Proteus-Mischinfektion aufzufassen. Bei der Fleckfiebererkrankung dringen die im Darme normalerweise vorhandenen saprophytischen Proteusbazillen nach Art einer Symbiose mit dem Fleckfiebervirus in den menschlichen Körper ein. Zwischen den gewöhnlichen Proteusbazillen und den Stämmen der X-Gruppe bestehen keinerlei morphologische oder kulturelle Unterschiede. Serologisch finden sich zwischen den Stämmen vom Typus X2 und den gewöhnlichen Proteusbakterien fließende Übergänge. Der Proteus X19 ist dagegen durch seine starke Agglutinabilität prinzipiell von allen anderen Proteusstämmen unterscheidbar. Die Frage, ob die Proteus-X-Stämme auch normalerweise vorkommende, konstante Proteusrassen sind, oder ob sie Spielarten der übrigen Proteusstämme sind, die ihre hohe Agglutinabilität erst unter dem Einfluß des Fleckfiebers erwerben, mußte unentschieden gelassen werden. Immerhin konnte unter 72 Kontrollstämmen, die aus Stuhl und Urin anderer Kranken gezüchtet wurden, kein Stamm gefunden werden, der in einer höheren Verdünnung als 1 : 100 von Fleckfieberserum agglutiniert wurde. O. Gans-Heidelberg.

Beitrag zur Fleckfieberschutzimpfung mit defibriniertem Blut, von Zeiss. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., Bd. 23, Nr. 18.) Während einer Fleckfieberepidemie in Westkleinasien wurden 225 Menschen mit defibriniertem, inaktiviertem Blut von Fleckfieberkranken geimpft. Unter diesen waren 127 vom Militär, von denen während eines Jahres keiner erkrankte trotz dauernder Infektionsgefahr. Von den 98 Zivilpersonen erkrankten 2 Pflegerinnen im türkischen Hospital. W. Haas-Hamburg.

Fleckfiebertherapie, von Theodor Zlocisti-Berlin. (Ther. Mh., 1919, H. 12.) Von den Versuchen, den unbekannten Erreger des Fleckfiebers kausal zu bekämpfen, haben diejenigen mit Chinin, Salvarsan, Milchinjektionen und Urotropin so gut wie keinen, mit Optochin, Vakzin aus X-Stämmen, Nukleohexyl, Rekonvaleszenten- oder Autoserum, Pferdeserum und kolloidalen Silberpräparaten in einzelnen Fällen einen gewissen Erfolg zu verzeichnen, während die symptomatische Therapie durchaus nicht so aussichtslos ist. Hydrotherapeutische Maßnahmen und Exzitantien stehen im Vordergrund. Lumbalpunktion hilft wenig. Aderlaß und mäßige Infusion von Ringerlösung scheinen imstande zu sein, einen drohenden Zusammenbruch aufzuhalten. Die beginnende Rekonvaleszenz ist ausgezeichnet durch krankhafte Euphorie; auch in dieser Zeit ist vor allem die oft bedrohliche Herzschwäche zu bekämpfen.

de Lemos-Hamburg.

Über den Nutzen der Vakzination bei Typhus, von W. P. Dunbar-Hamburg. (Hamb. m. Überseeh.) Verf. teilt aus den Erfahrungen, welche an amerikanischen und englischen Soldatenverbänden gemacht wurden, beweiskräftige Beobachtungen mit und zeigt an statistischen Ergebnissen auch den materiellen Wert der Bekämpfung des Typhus. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Petechiales Exanthem bei Pneumokokkenerkrankungen, von F. Hirsch-Rostock. (M. Kl., 1920, Nr. 7.) Ein nach plötzlicher Erkrankung in schwer benommenem Zustand aufgenommener 78jähr. Mann zeigte neben Erscheinungen von Meningitis und Lungensymptomen eine den ganzen Körper mit Ausnahme des behaarten Kopfes einnehmende Aussaat von sandkorn- bis stecknadelkopfgroßen, blauroten, nirgends konfluierenden und nicht erhabenen hämorrhagischen Flecken. Tod am dritten Krankheitstage. Sektion

Digitized by Google

ergab eitrige Meningitis und graue Hepatisation des rechten oberen Lungenlappens nebst Altersveränderungen. Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab im Bereich der Petechien keine entzündlichen Erscheinungen und auch keine färberisch erkennbaren Mikroorganismen: es handelte sich demnach hier wohl um ein rein toxisches Exanthem.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Lepra.

Über die Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in den baltischen Provinzen, von Hillenberg-Halle. (Veröffentl. a. d. Gebiet der Mediz.-Verwalt., 1919, Bd. 9, H. 6.) Zu Kriegsbeginn wurden in Kurland 200, in Livland 415, in Estland 104 Kranke, insgesamt 719 gezählt gegenüber einer Schätzung von 900—1000 in der Mitte des letzten Jahrhunderts. Ähnlich wie in Livland, aber etwas vollkommener, gestaltet sich in Estland das Verfahren mit Leprösen, gestützt auf Verordnungen, kurz folgendermaßen: Neuerkrankungen werden in den meisten Fällen durch die Ärzte gemeldet. Aber auch Privatpersonen und Behörden führen dem Lepraarzt Verdächtige zu, oder dieser selber durchforscht auf Grund an ihn gelangender Mitteilungen eine verdächtige Gegend nach neuen Fällen. Jeder neue Fall wird der Medizinalverwaltung und dem Lepraarzt angezeigt, der sofort die nötigen Maßnahmen zwecks Überführung des Kranken in das Heim ergreift. Nur in ganz leichten Fällen bleibt der Kranke zu Hause und wird hier einer Behandlung unterzogen. Die auf Urlaub weilenden Kranken werden von den Landschaftsärzten kontrolliert. Ungefährlich gewordene Kranke werden nach Hause entlassen. Seit 1906 ist mehr als ein Drittel aller faktisch in Estland vorhandenen Aussätzigen in der Anstalt isoliert. Der Kampf gegen die Seuche wird dort zielbewußt geführt. In Kurland läßt das System der Bekämpfungsmaßnahmen noch Lücken erkennen.
G. Heymann-Elbing.

Tuberkulose.

Beiträge zur Frage der Lupusbekämpfung, von Karl Arnold. (Diss., Gießen 1918.) (Aus der Lupusheilstätte Gießen.) In den ersten zwei Betriebsjahren vom Tage der Eröffnung am 20. Mai 1903 sind 187 Patienten mit Hauttuberkulose zur Aufnahme gekommen. 60% der zur Aufnahme gekommenen Lupuskranken gehörten den Altersklassen von 21—50 Jahren an; die höchsten Zahlen entfielen auf die Altersklasse von 31—40 Jahren. Kinder bis zu 10 Jahren sind nur 5, bis zu 12 Jahren nur 9 zur Beobachtung gekommen. Diese Tatsache ist nicht nur erstaunlich, sondern auch bedauerlich, da der Beginn der lupösen Erkrankung für gewöhnlich in die Kindheit fällt. Zur Behandlung dient das Licht der Sonne oder eine künstliche Lichtquelle, die in ihrer Konstruktion der Bachschen Höhensonne entspricht. Zwei Methoden der Lichtbehandlung werden geübt: 1. die direkte Besonnung bzw. Belichtung der lupösen Krankheitsherde. Durch das Licht werden die tuberkulösen Krankheitsherde in den Zustand der akuten Entzündung versetzt. 2. Sonnen- bzw. Lichtbäder der gesamten gesunden Körperoberfläche. Durch die chemische Aktivität des Lichtes wird die gesunde Haut stark gebräunt, werden möglichst große Mengen von Pigment in der Oberhaut erzeugt. Für gewöhnlich werden beide Methoden kombiniert. Die Strahlen werden auf die erkrankten Stellen gebracht, ohne sie zu konzentrieren, ohne das Gewebe zu anämisieren, ohne Abfilterung der Wärmestrahlen. Mit der Finsenschen Lichtbehandlungsmethode hat also die in der Gießener Lupusheilstätte geübte Methode nichts gemeinsam als die Verwertung der chemischen Aktivität des Lichtes. Die Heilerfolge sind den mittels der Finsenschen Methode erreichten Erfolgen ebenbürtig. Die Behandlung wird nur bei stationär aufgenommenen Patienten durchgeführt. Zur Dauerheilung ist eine Monate, unter Umständen halbe Jahre dauernde Behandlung nötig.
F. Weiler-Leipzig.

Zur Tuberkulin- und Strahlentherapie der Lymphdrüsen- und Lungentuberkulose, von Harms-Mannheim. (Zschr. f. Tbc., Bd. 31, H. 1.) Tuberkulin- und Strahlentherapie ist keine indifferente Behandlungsmethode. Ihre lokale Wirkung ist an das Auftreten von Herdreaktionen geknüpft, deren Beherrschung trotz strenger Indikationsstellung und exakter Technik nicht immer möglich. Alle mit Herdreaktion verbundenen therapeutischen Eingriffe sind daher grundsätzlich in geschlossenen Anstalten zu beginnen und nur dann evtl. ambulant fortzusetzen, wenn ihre heilsame Wirkung sichergestellt und gleichzeitig eine hygienisch-diätetische Lebensweise mit körperlicher und geistiger Schonung gewährleistet ist. Indikationen zur Durchführung einer Tuberkulin- resp. Bestrahlungskur richten sich nach dem anatomisch-pathologischen Charakter der tuberkulösen Erkrankung. Zur pathologischen Differenzierung tuberkulöser Lymphome

Digitized by Google

sind anatomisch-biologische Reaktionen sowie Untersuchungen des Blutbildes geeignet. Kombinationskur von Tuberkulin und lokaler Bestrahlung, insbesondere Röntgenbestrahlung ist zu vermeiden, da beide im Sinne der Herdreaktion wirken und durch einseitige Steigerung derselben Reaktionskomponente die Gefahr einer Schädigung erhöhen. Einfache Höhensonnenbestrahlungen sind keineswegs so harmlos, wie vielfach angenommen wird. O. Gans-Heidelberg.

Intrakutanreaktionen mit Urinextrakt von Tuberkulösen (Intradermoréactions à l'extrait d'urine de tuberculeux), von FRANCIS MICHE-Genf. (Rev. méd. Suisse rom., 1919, Nr. 12.) Vor einiger Zeit hat WILDBOLZ-Bern in einer Arbeit über den „Biologischen Nachweis aktiver Tuberkuloseherde des menschlichen Körpers durch die intrakutane Eigenharnreaktion" ein Verfahren angegeben, nach welchem es möglich wäre, nach der Art der Reaktion einen Schluß zu ziehen sowohl in bezug auf das Bestehen von Tuberkulose als auch auf den Grad der Aktivität, also auf die Prognose bei demselben. M. hat an Stelle der nicht ganz einfachen Wildbolzschen Bereitungsmethode für den Urin ein vereinfachtes Verfahren ausgearbeitet, indem er sich ein Trockenextrakt des Urins (aus 20 ccm) herstellte, welches er dann mit destilliertem Wasser (2 ccm) wieder löste, und womit er die gleichen Resultate erzielte, wie mit dem (im Texte genauer geschilderten) W.schen Verfahren, für welches er auch einige Vereinfachungen für die Herstellung eines noch flüssigen Extraktes angibt; dieselben laufen auf ein einfaches Eindampfen bei Siedehitze hinaus. Aus einer eingehenden Besprechung des ganzen Themas kommt Verf. zu dem Resultat, daß diese Reaktion für die Diagnose der aktiven Tuberkulose keine größere Garantie bietet als die Tuberkulinprobe, doch scheine sie bei den sehr floriden Fällen mit starker Gewebszerstörung sowie bei jüngeren Individuen intensiver hervorzutreten, und bei den fibrös käsigen Formen wäre die prognostische Deutung die umgekehrte wie bei der Tuberkulinprobe. Nach der ganzen Darstellung sind aber weitere Untersuchungan zur Klärung der Frage durchaus erforderlich. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tuberkulomuzin bei Hauttuberkulose und Tuberkuliden, von JOHANN SAPHIER-München. (Zschr. f. Tbc., Bd. 30, H. 6.) S. behandelte 8 Fälle echter Hauttuberkulose, 11 Fälle von Lupus erythematodes und 1 Fall von papulo-nekrotischem Tuberkulid mit Tuberkulomuzin (Weleminsky). Ein durchschlagender Erfolg konnte nur in je einem Fall von Hauttuberkulose und Lup. eryth. festgestellt werden. Bei der Hauttuberkulose zeigten ferner nässende exulzerierte Herde, besonders bei Skrophuloderm, nach 2—3 Inj. eine auffallende Heilungstendenz. Besonders erwähnenswert erscheint ein Fall (frischer Lupus erythematodes von subakutem Charakter), bei dem während der zweiten Kur bei der 3. Injektion irrtümlich die 10fache Dosis injiziert wurde. Die Folge davon war eine ziemlich allgemeine heftige Reaktion, mit Temperatursteigerung bis 39° und mäßiger Prostration. Am nächsten Tage bot die Patientin Erscheinungen eines Lupus erythematodes acutus. Es traten am Gesicht, an den Extremitäten, zum Teil auch am Stamm Bläschen und Blasen, erythematöse Schwellungen auf, stellenweise von ziemlich großer Ausdehnung. Der Verlauf war recht günstig. Nach einigen Wochen gingen die Erscheinungen vorüber. S. hatte Gelegenheit, die Patientin noch häufiger im Laufe der Jahre zu sehen. Leichte Rezidive vom Charakter der erstmaligen Erkrankung traten jedes Jahr auf und hatten an den Händen und Fingern den Charakter eines Lupus pernio. Einer besonderen Heilkraft kann S. dem Tuberkulomuzin nicht zustimmen. O. Gans-Heidelberg.

Die Röntgenbehandlung der Drüsentuberkulose, von M. STRAUSS-Nürnberg. (M. Kl., 1919, Nr. 45.) Viele Fälle von Drüsentuberkulose, welche sonst einen operativen Eingriff nötig machen würden, lassen sich mit der Röntgenbestrahlung glatt zur Heilung bringen, wie aus den Literaturberichten und den eigenen Beobachtungen des Verf. zu ersehen ist. Betreffs Technik, welche durchaus alles Schematische vermeiden muß, gibt Verf. einige Andeutungen. Nebenbei darf die Allgemeinbehandlung nicht vernachlässigt werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Anwendung der Deycke-Muchschen Titrierung und Immuntherapie bei Hauttuberkulose, von LUDWIG SPITZER. (M. m. W., 1917, Nr. 35.) Die Titrierung nach DEYCKE-MUCH bei Hauttuberkulose ist eine gänzlich gefahrlose Untersuchungsmethode, die recht differente Ergebnisse zeigt, die mit der Konstitution der Kranken oft im unerwarteten Gegensatz steht. Das Titrierergebnis erklärt häufig den günstigen oder ungünstigen Verlauf der Erkrankung. In vielen Fällen dürfte eine prognostische Verwertung des Titrierergebnisses wertvolle klinische Anhaltspunkte geben. Die Antigeninjektion hat in einzelnen Fällen einen anscheinend günstigen Einfluß auf den Verlauf der Hauttuberkulose gehabt. G. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Lupusfürsorge im Schulalter, von AXMANN. (Tbc.-Firs.-Bl., 1919, Nr. 5.) Verf. bespricht besonders den Lupus der Drüsennarben und erinnert an Radium und Röntgen statt des Messers. Wolff-Wiesbaden.

Die Partialantigentherapie nach DEYCKE-MUCH und ihre Bedeutung für die chirurgische Tuberkulose, von HANS LANDAU. (Arch. f. kl. Chir., 1920, Bd. 113, H. 2.) Wegen der starken Zunahme der chirurgischen Tuberkulosen versuchte Verf. außer der lokalen Behandlung auch eine Beeinflussung durch spezifische Therapie mittels der Partialantigene nach DEYCKE-MUCH. Die Resultate lassen sich dahin zusammenfassen: 1. Die antigenen Eigenschaften der Tuberkelbazillenfette sind bisher nicht mit Sicherheit nachgewiesen worden. 2) In theoretischer Beziehung unterscheidet sich die Wirkung der Partialantigene daher nicht wesentlich von der Tuberkulinwirkung. 3. Die Intrakutanreaktion mit den Partialantigenen verschafft kein sicheres Bild von den Immunitätsverhältnissen; von quantitativer mathematischer Erkenntnis kann gar keine Rede sein. 4. Bei der Intrakutananalyse ließ sich ein Unterschied zwischen den durch die einzelnen Partialantigene hervorgerufenen Reaktionen nicht beobachten. Das Prävalieren der sogenannten Fettantikörper bei chirurgischer Tuberkulose konnte nicht festgestellt werden. 5. Der Ausfall der Intrakutanreaktion spielt für die Behandlung keine Rolle. 6. In der Mehrzahl der behandelten Fälle blieb ein Erfolg der Partialantigentherapie als alleinige Behandlungsmethode aus; in einigen Fällen wurde vielleicht Besserung, eine dauernde Ausheilung ist jedoch nie erzielt worden, sondern nach einigen Wochen verschlimmerte sich der Krankheitsprozeß wieder bzw. traten Rezidive auf. 7. Für die chirurgische Tuberkulose kommt die Partialantigentherapie wohl nur als Hilfsmittel neben der üblichen Behandlung in Betracht, jedenfalls vermag sie die chirurgischen Maßnahmen in keiner Weise zu ersetzen. O. Sprinz-Berlin.

Die spezifische Behandlung der Tuberkulose, von A. WOLFF-EISSNER-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1919, Nr. 22.) Verf. bespricht ausführlich die theoretischen Grundlagen der Tuberkulinbehandlung, er steht den Erfolgen des Friedmannschen Mittels äußerst skeptisch gegenüber. Die Deycke-Muchschen Partialantigene sind ihm ein wertvolles Präparat in der Konkurrenz der Tuberkuline, deren weitere Anwendung und Erforschung dringend wünschenswert erscheint. — Zusammenfassend meint er mit NEISSER: „Durch Tuberkulin ist kein Fall von Lupus geheilt, und doch möchte ich das Tuberkulin bei der Lupusbehandlung nicht missen." de Lemos-Hamburg.

Ein Vorschlag zur Lupusfürsorge, von OSKAR SALOMON-Koblenz. (D. m. W., 1920, Nr. 2.) S. rät, an die Landesversicherungsanstalten heranzutreten, daß die Lupusfürsorge den Beratungsstellen für Geschlechtskranke angegliedert wird; denn diese sind ja überall in Händen von Dermatologen, die die für die Lupusbehandlung nötige Erfahrung und die Apparate dazu besitzen. Auf diese Weise bleiben die Lupuskranken in jahrelanger, dauernder Kontrolle und können im Bedarfsfalle ohne zeitraubende Verhandlungen wegen der Kostenübernahme sofort in Behandlung genommen werden. de Lemos-Hamburg.

Eine neue Behandlungsmethode des Lupus vulgaris, von LEOPOLD FREUND-Wien. (D. m. W., 1919, Nr. 50.) Um das für das Eindringen des Lupus in die Tiefe günstige, straffe Narbengewebe nach einfacher Exzision des Herdes und Naht oder nach plastischer Deckung zu vermeiden, hat Verf. die Lupusherde bis zu einer Größe von 15 cm im Gesunden exzidiert und auf die nicht genähte offene Wunde nach 1—2 Tagen eine Erythemdosis Röntgenstrahlen appliziert. Es wurden auf diese Weise flache, kosmetisch befriedigende Narben erzielt. 10 Fälle in $1^1/_2$ Jahren nach dieser kombinierten Methode behandelt, blieben bis auf einen rezidivfrei. de Lemos-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Vom 21.—23. Oktober fand in Madrid ein Kongreß der Spanischen Urologischen Gesellschaft statt.

Dr. VICTOR ROCHET wurde zum Professor der Urologie in Lyon ernannt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. UNNA-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. November 1920 | Nr. 48 | Band 71

Aus dem Institut für Krebsforschung an der Charité zu Berlin (Bestrahlungsabteilung).

Ein Beitrag zur Kenntnis der melanotischen Tumoren.

Von

Walter Treuherz, cand. med.

Mit einer Abbildung im Text.

Frau S. R., 26 Jahre, hatte, solange sie sich erinnern kann, oberhalb des vierten Brustwirbeldorns einen Nävus von etwa Bohnengröße. Im Januar 1919 begann dieser zu bluten und bisweilen eitrige Flüssigkeit zu sezernieren. Obwohl die Blutungen sehr geringfügig waren, empfand Pat. sie als störend, so daß sie im Februar 1919 einen Drogisten um Rat bat. Der Drogist bestellte Pat. vier Wochen lang hintereinander, in der ersten Zeit täglich dreimal, dann zweimal, und in der letzten Zeit täglich einmal zur Ätzung der „Warze" mit Höllenstein zu sich, nachdem er den etwas über die Haut ragenden Teil mit der Schere abgetragen hatte.

„Trotz" der Ätzung hat, wie Pat. angibt, der Nävus an Umfang zugenommen, so daß die Behandlung nach vier Wochen aufgehoben wurde.

Zu dieser Zeit war an der behandelten Stelle ein „wie wildes Fleisch aussehendes" Gebilde entstanden, das etwa $^3/_4$ cm über die Haut hinausragte.

Im März 1919 wurde die Pat. schwanger. Kurz nach der Zeit, als sie den Beginn der Schwangerschaft vermutete, bemerkte sie neben dem ursprünglichen Nävus einen kleinen blauschwarzen Fleck. Im weiteren Verlauf ihrer Schwangerschaft bemerkte sie an verschiedenen Stellen ihres Körpers ähnliche Flecke, die sie aber alle nicht beunruhigten, da sie von ihnen einen Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft annahm.

Im August stellte sich leichte Schwäche ein. Im September hatte sich eine große Anzahl neuer Knoten auf ihrem ganzen Körper unter zunehmender Schwäche gebildet, so daß sie sich nunmehr entschloß, ärztliche Behandlung aufzusuchen.

Befund: 26jähr. Frau in hochgradig reduziertem Ernährungszustand. Pat. liegt kraftlos auf dem Rücken und kann sich nur unter Anstrengung, wobei der Puls von 80 auf 130 in der Minute ansteigt, einige Augenblicke lang aufrichten. Sensorium ist völlig frei.

Thorax: schmal, aber elastisch.

Muskulatur: schlaff, Fettpolster gering.

Keine auffallende Lymphdrüsenschwellung.

Radialpuls: gut gespannt, das Arterienrohr ist weich; Frequenz an verschiedenen Tagen zwischen 72 und 90 in der Minute in Ruhelage schwankend.

Herz: Spitzenstoß im fünften Interkostalraum zu fühlen. Keine abnormen Geräusche. Herzaktion regelmäßig, kräftig.

Lungen: Atmung zwischen 16 und 20 in der Minute an verschiedenen Tagen schwankend.

Supra- und Infraklavikulargruben leicht eingesunken. Kein Zurückbleiben einer Thoraxpartie beim Atmen. Leichte Venenzeichnung im Gebiet der Mamillen (Gravidität). Lungengrenze gut verschieblich. Unterhalb der rechten Mamma findet sich eine Dämpfungszone, deren Ränder unscharf begrenzt sind, die sich etwa über eine Ausdehnung von $4^1/_2$ cm Länge und 2 cm Breite erstreckt. Atemgeräusch über der Dämpfung leicht verschärft, ganz selten beim Exspirium Giemgeräusche, sonst überall ohne Besonderheiten. Pektoralfremitus vorhanden. Röntgenbild zeigt am 5. IX. in der Gegend des rechten Lungenmittellappens einen mehr hinten liegenden, kreisrunden, scharf begrenzten, über fünfmarkstückgroßen Schatten. Ziemlich starke Lungenzeichnung, kleine Verdichtungsherde, Herz mitral konfiguriert.

Digitized by Google

Andere Organe: o. B.

Urin: Aussehen trübe, Farbe braun bis schwarzbraun, Geruch normal, enthält kein Eiweiß und keinen Zucker, dagegen Melanin in großen Mengen (Eisenchloridprobe).

Nervensystem: o. B.

Haut: gelblichgrau, trocken, schlaff.

In Höhe des vierten Brustwirbeldorns sitzt der schon erwähnte primäre Herd, der jetzt die Größe einer Pflaume hat. Er ist epithelisiert, reizlos, mit dem darunter liegenden Herde nicht verwachsen und völlig schmerzlos. Dicht daneben sitzt der der Zeit nach am ersten aufgetretene Knoten von der Größe eines Pflaumenkerns. Etwa ebenso große Knoten finden sich in der Gegend des Nabels, in der Achselhöhle, oberhalb der Spina iliaca anterior superior, im Verlaufe des M. sternocleidomastoideus und an vielen anderen Stellen. Kleinere Knoten finden sich in ganz bedeutend erheblicher Anzahl (etwa 100) besonders am Rumpf und an der oberen Extremität, während die unteren Extremitäten fast völlig frei von Metastasen geblieben sind. Die kleinsten Herde sind etwa stecknadelkopfgroß. Alle diese Hautmetastasen haben eine eigenartige, blauschwarze Farbe.

Therapie: Obwohl es von vornherein klar war, daß man mit der Strahlentherapie höchstens örtliche Erfolge erzielen würde, daß aber bei der großen Ausgedehntheit der Metastasen und bei der bereits einsetzenden Kachexie ein Erfolg nicht mehr zu erwarten war, wurden dennoch die einzelnen Tumoren strahlentherapeutisch von Dr. Halberstaedter in Angriff genommen. So wurde z. B. mehrfach mit der bei der Röntgentiefentherapie üblichen Methode der Lungentumor behandelt, jedoch ohne feststellbaren Erfolg. Was die Einzelbehandlung von einigen bestimmt markierten Tumoren an der Brust und am Hals betrifft, so waren hier örtliche Einwirkungen deutlich vorhanden. Die betreffenden bestrahlten Knoten vergrößerten sich nicht mehr und es ist auch festgestellt worden, daß zwei Knoten, die in der Supraklavikulargrube gesessen hatten, verschwunden waren, jedoch hat sich weder der Allgemeinzustand der Pat. noch der Ablauf der Krankheit in irgend einer Weise prinzipiell beeinflussen lassen.

Verlauf: Das Befinden der Kranken ist von dem Tage der Untersuchung ab sehr verschieden gewesen. Am 16. XI. 1919 erfolgte die Geburt eines Mädchens, das 1440 g wog, und das am 24. XI. 1919 an Lebensschwäche starb.

Die Obduktion und die histologische Untersuchung einzelner Organe des Kindes ergab keinen Hinweis für das Vorhandensein von Melanin, auch konnte nirgends eine melanotische Geschwulst oder auch nur ein Nävus gefunden werden. Das Befinden der Pat., das vor der Geburt des Kindes sehr stark gelitten hatte, besserte sich nunmehr etwas. Am 1. XII. wurde sie auf ihren dringenden Wunsch nach Hause entlassen. Dort blieb das Befinden eine Zeitlang auf der nach dem 18. XI. eingetretenen Höhe, verschlechterte sich dann aber sehr stark. Zwar war keine Zunahme der Anzahl der melanotischen Tumoren mehr festzustellen, trotzdem stellte sich aber unaufhaltsam eine immer schwerere Kachexie ein, die noch durch eine gleichzeitig entstandene Lungenentzündung verstärkt wurde. Gegen Mitte des Monats Dezember traten noch Erscheinungen von seiten der Nieren hinzu; allerdings standen schließlich die Lungenerscheinungen am weitesten im Vordergrund. Am 23. XII. 1919 trat der Exitus ein.

Eine Obduktion der Pat. wurde seitens des Ehemannes verweigert.

Zur mikroskopischen Untersuchung kam eine Metastase, die im Rücken der Pat. gesessen hatte. Es fand sich folgendes (Abb. 1): Unter der Epidermis findet sich der Tumor in das umgebende Gewebe geradezu eingesprengt, er sieht rundlich aus, ist gegen die Kutis und Epidermis scharf abgegrenzt und enthält in der Hauptsache zwei verschiedene Bestandteile: 1. epitheliale Zellen und 2. Pigmentkörnchen. Zwar sind die Pigmentkörnchen nicht völlig gesondert von den Krebszellen, doch läßt sich immerhin bei näherer Betrachtung feststellen, daß eine ziemlich scharfe Trennung besteht, und zwar so, daß der Tumor fast vollkommen von den dicht aneinander liegenden Krebszellen angefüllt ist, während am Rande große Mengen von Pigment zusammengeballt liegen. Gerade diese Scheidung von Pigment und Zellen, die in dem beigefügten Präparat auffällt, hat mir den Gedanken nahegelegt, daß die von Reines,

Digitized by Google

Fick, Darier und anderen Autoren geäußerte Vermutung, es handle sich bei der Entstehung der melanotischen Tumoren höchstwahrscheinlich um zwei getrennte, voneinander unabhängige Vorgänge, nicht von der Hand zu weisen ist. Ich möchte ebenfalls glauben, daß die Produktion von Pigment und die Proliferation von Zellen getrennt vor sich geht. Mir scheint aber auch noch von Bedeutung das Mengenverhältnis, in dem sich Pigmentkörnchen und Krebszellen zueinander verhalten. In dem vorliegenden Fall ist wenig Pigment im Gegensatz zu der großen Zahl der Epithelzellen vorhanden.

Von dem Augenblick der ersten Erscheinungen einer bösartigen Umwandlung des Nävus bis zum Exitus bei dieser Pat. sind etwa elf Monate verstrichen. In der Literatur findet man nun Angaben, die bezüglich der Dauer der Erkrankung erheblich differieren. Als Grenzen für diese Dauer werden 6 Monate bis 15 Jahre angegeben. Es würde zu weit führen, nähere Angaben aus der Literatur über melanotische Tumoren darüber zu machen, inwieweit bei dieser Beurteilung das Mengenverhältnis von Pigmentkörnchen zu Krebszellen herangezogen ist; im allgemeinen geschah dies überhaupt nur selten, wo es zufällig doch geschah, hat man den Eindruck, daß die meisten Autoren der Ansicht sind, daß die Tumoren um so bösartiger sind, je weniger Pigment sie enthalten, eine Angabe, die sich bezüglich der Dauer dieses Krankheitsfalles sehr wohl halten läßt. Wenn man auch nicht sichere prognostische Schlüsse aus dem Mengenverhältnis der beiden genannten Tumorbestandteile zueinander ziehen kann, so scheint es mir doch von nicht unerheblicher Bedeutung zu sein, daß man bei der Beurteilung und Betrachtung eines jeden Falles dieses Verhältnis mit in Erwägung zieht.

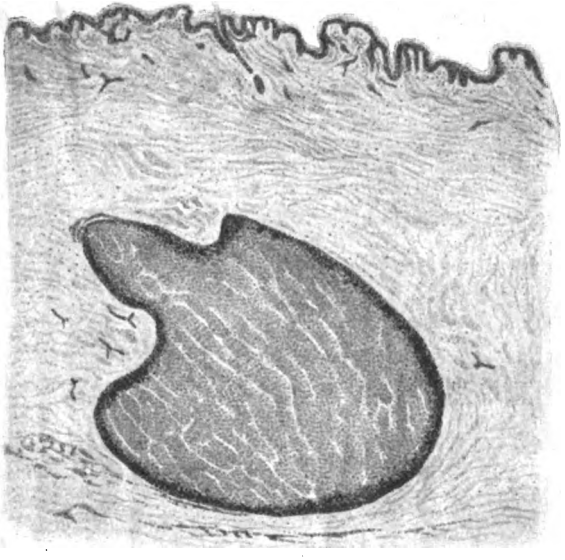


Abb. 1.

Was die Häufigkeit des Vorkommens solcher malignen Neubildungen anbetrifft, so habe ich allein im Laufe des letzten Jahres 4 Fälle angetroffen (der 1. ist der genannte, ein 2. wurde in der Vorlesung von Herrn Geheimrat Bier, ein 3. in der Vorlesung von Herrn Geheimrat Lubarsch vorgeführt, ein 4. wurde mir von Herrn Professor Buschke [Virchow-Krankenhaus] gezeigt). Die Prognose dieser Erkrankung ist fast immer absolut infaust; nur wenn eine Exstirpation des primären Tumors weit im Gesunden vorgenommen werden kann, und zwar in dem

Digitized by Google

Moment, wo an einem bis dahin ruhenden Nävus die ersten Anzeichen eines destruierenden Wachstums festgestellt werden, kann Aussicht auf Heilung bestehen. Nur ganz vereinzelte Angaben liegen darüber vor, daß trotz der Unterlassung dieser Operation die Krankheit sich über eine längere Zeit als zwei bis vier Jahre hingezogen hat. Sind aber erst einmal Metastasen vorhanden, welche weder die Haut noch irgend ein inneres Organ verschonen, so ist die Therapie vollkommen machtlos. Es kommt sogar manchmal vor, daß nach Exstirpation des Primärtumors Jahre vergehen, bis ein Rezidiv auftritt; dann aber nimmt die Erkrankung unbeeinflußbar ihren letalen Verlauf.

Die Ursachen für die plötzliche Umwandlung eines ruhenden Nävus in einen melanotischen Tumor sind bis jetzt völlig unbekannt. Nur soviel steht mit Sicherheit fest, daß bei dieser Umwandlung die Reizung eines solchen Nävus, sei es durch physikalische oder durch chemische Einflüsse, eine außerordentlich bedeutende Rolle spielt. Gerade dieser Fall zeigt deutlich, daß lediglich durch die Behandlung seitens des Drogisten die Zeit versäumt worden ist, in der unter Umständen durch eine sofortige Operation eine radikale Heilung hätte erzielt werden können. Deshalb ist auch prinzipiell eine jede Behandlung eines solchen Nävus von seiten irgend welcher Kurpfuscher (Drogisten, Heilgehilfen usw.) eine verwerfliche Tat, die schwer bestraft werden müßte, und die als solche gar nicht scharf genug gebrandmarkt werden kann.

Aus der dermatologischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Süd-Ufer in Berlin (Oberarzt Dr. W. Fischer).

Spirochätenbefunde im Liquor bei Lues.

Von

Dr. med. Wilh. Joers, Assistent der Abteilung.

Dadurch, daß Quincke 1891 die Lumbalpunktion und die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit in die Zahl der klinischen Untersuchungsmethoden eingereiht hat, hat auch die Pathologie der Syphilis des Zentralnervensystems erhebliche Fortschritte gemacht. Ravaut war es, der als erster auf eine Zellvermehrung im Lumbalpunktat bei Luetikern aufmerksam machte; allmählich kam man dann auf die Vermehrung des Eiweißgehaltes im Lumbalpunktat von Syphilitikern, sowie auf die Ausführung der Wassermannschen Reaktion. Daß man dann auch nach Schaudinns Entdeckung der Spirochaeta pallida genau wie bei andern Infektionskrankheiten — ich erinnere nur an die Meningitis tuberculosa — den Lueserreger im Lumbalpunktat nachzuweisen versuchte, war eine natürliche Folge. Bis in die neueste Zeit sind dann immer mehr, zum Teil sehr komplizierte Untersuchungsmethoden des Lumbalpunktates angegeben worden, die Esskuchen (4) in seinem Buch „Die Lumbalpunktion“ ausführlich zusammengestellt hat.

Digitized by Google

Zur Feststellung der Spirochaeta pallida im Liquor stehen uns zwei Methoden zur Verfügung, einmal die mikroskopische direkte Untersuchung derselben im Dunkelfelde, resp. durch Färbung und ihr indirekter Nachweis durch Überimpfung der Lumbalflüssigkeit auf Kaninchenhoden mit positivem Resultat.

Daß natürlich nur dann die Überimpfung von Zerebrospinalflüssigkeit eines Luetikers auf Kaninchenhoden positive Resultate zeigen kann, wenn in derselben Spirochäten enthalten sind, ist klar. Als erstem ist dies HOFFMANN (8) gelungen, der den Liquor eines Patienten mit diesem papulösem Exanthem auf einen Affen mit Erfolg verimpfen konnte. Den zweiten positiven Erfolg dieser Methode haben NIEHOLZ und HOUGH (12) zu verzeichnen; er betraf einen 25jährigen Patienten, der wegen Primäraffekt und ausgedehntem Syphilid zweimal je 0,6 Salvarsan intravenös erhalten hatte; acht Monate nach der Infektion, fünf Monate nach der zweiten Injektion, war dieser Patient an psychischen Störungen, wie Desorientiertheit und Gedächtnisschwäche, ferner an nervösen Störungen, wie Parese des rechten Beines und des rechtsseitigen Fazialis, beiderseitiger Retinitis sowie Sprachstörungen erkrankt. Die Untersuchung des Lumbalpunktats ergab: 828 Lymphozyten im Kubikmillimeter, Vermehrung des Eiweißgehaltes bei negativem Liquorwassermann, während Blutwassermann positiv war. Die Überimpfung von 3 ccm Liquor auf Kaninchenhoden erwies sich nach 50 Tagen als fraglich, nach Verlauf einer weiteren Woche als deutlich positiv; in dem punktierten Kaninchenhoden wurden einwandfreie Spirochäten nachgewiesen. Weitere positive Impferfolge hatte STEINER (17), der zusammen mit UHLENHUTH und MULZER bei 20 Fällen von Frühsyphilis dreimal positive Resultate erzielte; stets negativ verliefen seine 19 Fälle von Überimpfung bei Tabes, Paralyse und Lues cerebri. Bemerkenswert an den drei positiven Fällen von STEINER ist, daß weder Zellen noch Albumen vermehrt waren und der Liquorwassermann stets negativ war; auf welch letzteren Umstand ich späterhin noch näher eingehen werde. VOLK (19) gelang dann die positive Überimpfung bei einem deliranten Paralytiker; vier weitere Versuche waren erfolglos. ARZT und KERL (1) hatten bei elf Überimpfungen zweimal Erfolg; aber auch bei diesen war der Liquorwassermann stets negativ. Der eine Fall betrifft einen Patienten mit Sklerose an der linken Tonsille und dichtem makulösen Syphilid; der zweite einen 23jähr. Patienten mit Primäraffekt am Präputialblatt, Skleradenitis ingunialis und Alopecia specifica. Mit MATHAUSCHEK haben sie auch bei elf Überimpfungen bei Nerven- und Metasyphilis zweimal bei progressiver Paralyse und zweimal bei Tabes Erfolg gehabt. MARINESCO und MINNEA (11) verimpften ebenfalls mit Erfolg den Liquor eines 23jährigen Mannes, der seit fünf Jahren an Paralyse litt und dessen Vater luetisch war. FRÜHWALD und ZALOZIECKI (5) schließlich gelang von 23 Fällen die Übertragung dreimal bei frischer Lues und einmal bei progressiver Paralyse.

Schon bevor HOFFMANN experimentell die Infektiosität des Liquor bei Syphilitikern erwiesen hatte, war es DOHI und TANAKA (3) gelungen die Spirochaeta pallida mikroskopisch mittels Giemsafärbung im Lumbalpunktat einer 22jährigen Patientin mit papulösem Syphilid nachzuweisen. Auch SÉZARY und PAILLARD (16 berichten darüber, daß sie in dem zentri-

Digitized by Google

fugierten Liquor einer Patientin mit papulo-ulzerösem Syphilid und totaler linksseitiger Hemiplegie mittels Ultramikroskopes eine Spirochäte nachweisen konnten. Die Krankheitsdauer des Falles betrug ein halbes bis ein Jahr. Post mortem haben Gaucher und Merle (6) sowohl im Liquor wie in der Ventrikelflüssigkeit im Ultramikroskop Spirochäten gefunden. Es handelte sich in diesem Falle um einen 58jährigen Patienten, der im siebenten Monat post infectionem an einer rechtsseitigen Apoplexie erkrankte und bald darauf verstarb. Die Obduktion ergab keine Blutung, aber multiple, diffuse nekrotische Herde in den oberflächlichen Schichten der weißen Substanz. Der mikroskopische Nachweis gelang ferner post mortem Levaditi, Marie und Bankowski (10) im zentrifugierten Lumbalpunktat eines im Iktus gestorbenen Paralytikers; auch Graves (7) hat im Dunkelfeld Spirochäten bei Lues spinalis zehn Jahre post infectionem gefunden, während Levy nach Nonne (13) dieselben bei Meningitis syphilitica intra vitam feststellte.

Wesentlich leichter und häufiger scheinen mikroskopisch Spirochäten im Lumbalpunktat bei Lues congenita nachzuweisen zu sein. So haben Babes und Pannea (2) in der Arachnoidalflüssigkeit eines wenige Minuten nach der Geburt gestorbenen Kindes, dessen Mutter ein papulöses Exanthem und Mundpapeln aufwies und das an Pemphigus, Koryza und Konjunktivitis litt, mikroskopisch Spirochäten gefunden, obgleich das Kind keinerlei Erkrankung des Zentralnervensystems zeigte. Ferner fand Schridde (15) bei einem drei Tage alten, kongenital luetischen Kind, das ebenfalls keinerlei luetische Nervensymptome aufwies und an Pemphigus, Osteochondritis und Milztumor litt, im Liquor Spirochäten. Intra vitam im Lumbalpunktat wie post mortem in der Arachnoidalflüssigkeit eines an Leptomeningitis luetica verstorbenen vier Monate alten Kindes fand ferner noch Rach (14) mittels Dunkelfeld die Spirochaeta pallida.

Erwähnen möchte ich ferner noch die Arbeit Siemerlings (21), der in einem frisch seziertem Fall von multipler Sklerose, in dem sich zahlreiche größere und kleinere Herde in der Rinde und im Mark fanden, im Dunkelfeld lebende Spirochäten nachgewiesen hat.

Vergeblich geforscht haben nach Frühwald die Autoren Siebert, Neisser, Thibierge und Ravaut, Rosenbergen, Graetz, Nonne usw.

Aus all den Arbeiten geht hervor, daß bis jetzt eine Gesetzmäßigkeit der Infektiosität nicht erkennbar ist; denn es sind auf der einen Seite Spirochäten gefunden worden im Liquor von Patienten mit intaktem Nervensystem, auf der andern Seite gelang oft der Nachweis derselben nicht bei spezifischen Erkrankungen des Rückenmarks. Was die ersteren Fälle von intaktem Nervensystem betrifft, so müßten hier, abgesehen von den kleineren Symptomen, die anderen Reaktionen zum Teil positiv sein.

Anschließend möchte ich über einen Fall von luetischer Meningitis berichten, bei dem es mir gelungen ist, im Lumbalpunktat mittels Dunkelfeld ohne zu zentrifugieren, vereinzelte Spirochäten nachzuweisen; es ist dies von nahezu 40 Fällen des letzten Halbjahres der einzige.

M. K., 25 Jahre alt, Schneiderin, als Kind nie krank, mit 12 Jahren Lungenspitzenkatarrh und des öfteren später Mandelentzündung. Seit 10 Wochen bei einem Berliner Dermatologen wegen Syphilis in Behandlung. Hat dort acht Gesäßspritzen (Hg salicylicum) bekommen und wurde nach einer vierwöchigen Pause in der Behandlung heute

Digitized by Google

von demselben Arzt wegen unerträglicher Kopfschmerzen dem Krankenhaus überwiesen (1. XII. 19). Letzter Verkehr angeblich Mai 1919.

Mittelgroße kräftige Patientin; keine allgemeine Drüsenschwellung; Haarausfall. Haut: Leukoderma colli, sonst o. B. Schleimhäute: frei. Rachenorgane: o. B. Innere Organe: Lungen zeigen perkutorisch wie auskultatorisch keinen nachweisbaren pathologischen Befund; Herzgrenzen normal; Töne rein; Aktion regelmäßig; kein Leber- und Milztumor. Genitalien: wenig Drüsen, sonst o. B. Unterleib: frei; Periode regelmäßig. Urin: — Albumen; — Saccharum. Nervensystem: außer unerträglichen diffusen Kopfschmerzen ohne Lokalisation o. B. Augen: o. B. Ohren: o. B. Temperatur normal. Puls: normal. Wassermann (Blut) +. Therapie: vorerst Neißersche Lösung.

3. XII. 19. Lumbalpunktion wegen der bestehenden Kopfschmerzen und da die Untersuchung des Nervensystems keinerlei positiven pathologischen Befund ergibt. Druck stark erhöht. Pandy +++. Nonne-Apelt ++. Zellen nach Fuchs-Rosenthal 340 im cmm. Punktat milchig getrübt; keine Blutbeimengung; im Dunkelfeld ohne vorheriges Zentrifugieren spärliche, lebhaft bewegliche Spirochäten. Wassermannsche Reaktion: ohne vorheriges Inaktivieren und unter Abstufung im Liquor bei jeweils 0,25 Extrakt: 1,0 ++++, 0,5 ++++, 0,25 ++++. 0,2 ++++, 0,15 ++++, 0,1 ++++, 0,05 +++. Lange-Gold: 20—80 ++. Absolut horizontale Lage und Bettruhe für 24 Stunden.

4. XII. 19. Die Lumbalpunktion wurde gut vertragen; es wurden ungefähr 10 ccm abgenommen. Die unerträglichen Kopfschmerzen sind vollkommen beseitigt.

8. XII. 19. Eine viertel Spritze Kalomel.

11. XII. 19. Eine halbe Spritze Kalomel.

15. XII. 19. Eine halbe Spritze Kalomel; die Kopfschmerzen stellen sich langsam, aber in weitaus vermindertem Maße wieder ein.

18. XII. 19. Eine halbe Spritze Kalomel.

20. XII. 19. Dos. I Neosalv.

23. XII. 19. Dos. I Neosalv.

27. XII. 19. Dos. I Neosalv.

30. XII. 19. Dos. I Neosalv.

2. I. 20. Da Dos. I Neosalv. immer gut vertragen wurde, nunmehr Dos. II Neosalv. Urin: — Albumen. Kopfschmerzen nehmen an Dauer und Intensität wieder etwas zu. 3 g Jodkali tägl. Neißersche Lösung wird abgesetzt.

6. I. 20. Dos. II Neosalv. 4 g Jodkali tägl.

9. I. 20. Nach vier halben Kalomel-Injektionen sowie insgesamt 1,2 Neosalvarsan intravenös wird wegen der nun wieder sehr lästig auftretenden Kopfschmerzen wiederum lumbalpunktiert. Druck: nur noch leicht erhöht. Punktat: klar. Spirochäten negativ. Zellen: 12 im cmm. Pandy ++. Nonne-Apelt +. WR: 1,0 ++++, 0,5 ++++, 0,25 ++++, 0,2 ++++, 0,15 +++, 0,1 ?, 0,05 —. Lange-Gold: 10—80 +. Resultat der 2. Lumbalpunktion: Abschwächung des Druckes, der Pandy- und Nonne-Reaktion, sowie kolossale Abnahme der Zellen von 340 auf 12. Abnahme der WR in den schwächsten Liquormengen sowie Abschwächung der Gold-Reaktion.

11. I. 20. Lumbalpunktion wurde wiederum gut vertragen. Kopfschmerzen wieder gänzlich beseitigt, nunmehr 5 g Jodkali tägl.

13. I. 20. Dos. II Neosalv.

17. I. 20. Dos. II Neosalv. Jodkali wird abgesetzt.

20. I. 20. Dos. III Neosalv.

24. I. 20. Dos. III Neosalv.

27. I. 20. Dos. III Neosalv.

30. I. 20. Ab und zu wiederum geringe Kopfschmerzen.

31. I. 20. Dos. III Neosalv.

2. II. 20. Untersuchung durch Nervenfacharzt: kein Erbrechen, kein Schwindel, keine Sehstörungen, keine Blasenstörungen; Hirnnerven o. B.; obere und untere Extremität: Motilität, Sensibilität und Reflexe o. B. Keine Kleinhirnsymptome. Romberg negativ.

3. II. 20. Dos. II Neosalv.

4. II. 20. Augenhintergrundsuntersuchung durch Facharzt o. B. Blut WR — —.

7. II. 20. Leukoderma colli besteht noch, Dos. III Neosalv., Kopfschmerzen nur selten und dann sehr gering. Pat. wird nach vier halben Kalomelinjektionen und insgesamt 4,35 g Neosalvarsan intravenös als gebessert entlassen. Es wird ihr eine dritte Lumbalpunktion nach Ablauf von ca. 8 Wochen angeraten.

Digitized by Google

13. III. 20. Pat. erscheint wieder, Kopfschmerzen sind vollkommen beseitigt. Leukoderma bildet sich zurück, ist aber noch ziemlich deutlich. Blut WR — —. 3. Lumbalpunktion: Druck leicht erhöht, Punktat klar. Spirochäten negativ. Pandy schwach positiv. Nonne negativ. Zellen: 10 im cmm. WR: 1,0 —, 0,5 —, 0,25 —, 0,2 —, 0,15 —, 0,1 —, 0,05 —. Lange-Gold negativ und auch Sachs-Georgi negativ.

14. III. 20. Punktion gut vertragen.

15. III. 20. Pat. wird wieder entlassen mit dem Rat, sich in 6—8 Wochen zur neuen Kur einzufinden.

Betrachten wir nun den Fall im Zusammenhang, so sehen wir das Bild einer ziemlich frühzeitigen akuten diffusen Meningitis syphilitica ohne Herdsymptome mit positivem Spirochätenbefund im Liquor, enormer Zell- und Eiweißvermehrung sowie positiven Liquorwassermann in allen Liquorverdünnungen, dazu noch die typische Lueskurve bei der Goldreaktion bei völlig negativem objektiven Nervenbefund und außer dem Leukoderma colli und der Alopezie völlig fehlenden Haut- und Schleimhauterscheinungen luetischer Natur.

Was den positiven Spirochätenbefund anlangt, so ist es mir in all den andern zahlreichen Fällen selbst bei einer Atrophia nervi optici auf luetischer Basis nicht gelungen, weitere positive Befunde zu erzielen; auch bei Fällen nicht, in denen die Zellen ebenfalls stark vermehrt waren und in denen ebenfalls starke Eiweißvermehrung und positive Wassermannreaktion in allen Abstufungen sowie positive Lange-Gold-Reaktion vorhanden war. Bei all den Punktionen konnte man sich des Eindrucks nicht erwehren, als wenn die Syphilis die Tendenz hätte, sich in einem Organ auszutoben, insofern bei schweren Erkrankungen eines Organs (Haut, Intestina, Knochen usw.) die anderen und speziell das Nervensystem frei von luetischen Prozessen bleibt. Das zeigten vor allem mehrere Fälle von ausgedehnter Knochenlues, bei denen das Punktat gänzlich ohne nennenswerte Veränderung war. Auch bei tertiärer Hautlues habe ich diese Beobachtung gemacht. Ferner wurden schwere ausgedehnte, zum Teil ulzeröse Hautsyphilide auf der Abteilung punktiert, die mitunter, wie besonders ein Fall von rupiaartigem Syphilid zeigte, vollkommen normalen Liquor aufwiesen. Bisweilen jedoch zeigten solche Fälle auch pathologische Liquorbefunde. Es ergab sich also auch bei uns weder im Auffinden von Spirochäten im Liquor noch sonst im Auffinden pathologischer Liquorveränderungen irgend eine Gesetzmäßigkeit. Für einen Zusammenhang von Leukoderma colli, Alopezia und positiven Liquorbefunden ergaben sich keine sicheren Anhaltspunkte.

Leider war es mir nicht möglich, auch experimentell bei diesem Fall durch Überimpfung auf Kaninchenhoden die Infektiosität des Liquor nachzuweisen. Daß diese Überimpfung, wenn sie fachgemäß ausgeführt worden wäre, ein positives Ergebnis gezeitigt hätte, steht wohl außer Frage, da die kulturelle Methode doch feiner sein dürfte als die mikroskopische. Immerhin ist es eigentlich merkwürdig, daß sich in der Literatur kein einziger Fall findet, auch in der ausführlichen Arbeit von Arzt und Kerl, in dem sowohl der mikroskopische wie auch der experimentelle Nachweis zugleich versucht wurde. Man könnte doch wohl annehmen, daß der experimentelle Nachweis unter allen Umständen gelingen müßte, wenn Spirochäten vorerst im Dunkelfeld nachgewiesen sind; ein

Digitized by Google

Umstand, der sich bei den teuren Zeiten, um nicht unnütz Tiere zu impfen, als beachtenswert empfehlen dürfte. Wahrscheinlich hätte auch Arzt in seinen Fällen, in denen er experimentell die Infektiosität nachwies, schon mikroskopisch Spirochäten im Liquor gefunden.

Was die Beziehungen der übrigen Reaktionen zu dem Übertritt der Spirochäten in den Liquor betrifft, so bestehen da anscheinend keine. Auch bei sehr hohen Zellwerten, also bei stark akuten Entzündungsvorgängen, findet man sie nach meinen sonstigen Punktionsresultaten nicht. Diese sollen an anderer Stelle später ausführlich zur Veröffentlichung gelangen, bemerken möchte ich hier nur, daß meine Werte ebenso wie die von Kohrs (9) in einem auffallenden Widerspruch zu der Arbeit Stümpkes (18) stehen, der bei seinen Punktionsergebnissen durchschnittlich sehr niedrige Zellzahlen gefunden hat. Auch einen positiven Nonne bei negativem Pandy konnte ich in meinen Resultaten nicht verzeichnen; wie ja wohl überhaupt die Pandyreaktion mit Vorsicht zu verwerten ist. Nach meiner Erfahrung scheint insofern eine gewisse Gesetzmäßigkeit innerhalb der Reaktionen zu herrschen, als bei einer Eiweißvermehrung zuerst der Pandy und dann erst der Nonne positive Reaktion geben.

Daß in vielen Fällen von positivem Spirochätenbefund die Wassermannsche Reaktion im Liquor als negativ angegeben ist, wie bei Nichols und Hough, Steiner, Arzt und Kerl, Frühwald und Zaloziecki, während der Blutwassermann positiv war, scheint wohl daran zu liegen, daß in den betreffenden Fällen der Liquorwassermann nicht ausgewertet wurde. Eines Eindrucks, dessen ich mich auch bei der Arbeit von Kohrs nicht erwehren kann, die im Vergleich zu der von Stümpke und unseren Befunden auffallend wenig positive Liquorwassermannreaktionen zeigt. So sahen wir nicht selten, häufig bei reiner Nervenlues gerade einen positiven Liquorwassermann bei negativem Blutwassermann. Dies zeigte ja auch der vorstehende Fall unserer Abteilung, bei dem bei der zweiten Lumbalpunktion zu einem Zeitpunkt, an dem die WR im Blut mit Originalmethode und in einer Verfeinerung (mit hoher Serummenge) schon vollkommen negativ reagierte, der Liquorwassermann in den Verdünnungen 1,0 bis 0,15 noch deutlich positiv war. Jedenfalls ist beim Liquorwassermann die hohe Liquormenge als unbedingt stichhaltig bei positivem Ausfall zu betrachten, während die hohe Serummenge beim Blutwassermann nicht derartig bewertet werden kann.

Was ferner die therapeutische Beeinflussung unseres Falles betrifft, so ist er ein Beweis dafür, daß die Meningen für Salvarsan bei Lues genügend durchgängig sind und daß wir bei der zerebrospinalen Lues mit der intravenösen Salvarsantherapie vollkommen zurecht kommen. Auch die Kontrollpunktionen bei anderen stark positiven Liquorbefunden ergaben bei uns jeweils nach Abschluß der antiluetischen Behandlung eine auffallende Besserung, so daß wir uns bis jetzt zu der doch weit gefährlicheren Methode der intralumbalen Salvarsantherapie Gennerichs oder Swift und Ellis, welch letztere in neuerer Zeit Werther (20) angelegentlich empfiehlt, nicht haben entschließen können.

Bezüglich der notwendigen Dauer der Behandlung mag dieser Fall ebenfalls von einer gewissen Bedeutung sein. Ergibt sich doch daraus, daß für den Lumbalwassermann die gleichen Gesetze gelten wie für die

Digitized by Google

Reaktion im Blute, indem die Reaktionen von selbst ohne weitere Behandlung allmählich abklingen und negativ werden können. Ein Umstand, der die Behandlung bis zum völlig Negativwerden der Wassermannschen Reaktion nicht rechtfertigt und dem wir deshalb auch auf unserer Abteilung stets Rechnung getragen haben. Selbstverständlich müssen die Kranken weiter unter ärztlicher Kontrolle bleiben.

Die Tatsache schließlich, daß der Blutwassermann negativ sein kann, während der Liquorwassermann noch positiv ist oder bleibt, spricht für die Wichtigkeit der periodischen Ausführung der Lumbalpunktion und der genauen Untersuchung des Lumbalpunktates. Freilich darf dieselbe die klinische Diagnose nicht verdrängen, worauf besonders auch Werther hingewiesen hat, sondern sie soll dieselbe nur ergänzen. Esskuchen bezeichnet in seiner Monographie die Unterlassung der Lumbalpunktion nicht ganz mit Unrecht als einen Kunstfehler; wie wichtig dieselbe aber als Kontrolle der Therapie ist, geht einwandfrei aus unseren Befunden hervor, und ich glaube kaum, daß der Wert der Lumbalpunktion resp. der Liquoruntersuchung in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht bei Fällen, wo der Verdacht einer spezifischen Nervenaffektion oder eine solche bereits vorliegt, bezweifelt werden kann.

Literatur.

1. Arzt und Kerl, Über experimentelle Kaninchensyphilis und ihre praktische Bedeutung. W. kl. W., 1914, S. 785—789. Beiträge zur experimentellen Kaninchensyphilis (Übertragungsversuche mit Liquor cerebrospinalis bei primärer und sekundärer Lues). Derm. Zschr., Jan. 1920, Bd. 29, H. 1, S. 1—17. — 2. Babes und Pannea, Über pathologische Veränderungen und Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis. B. kl. W., 1905, S. 865—869. — 3. Dohio und Tanaka, Über Spirochaeta pallida. Jap. Zschr. f. Derm., 1905, Bd. 5, H. 5. u. 6. — 4. Esskuchen, Die Lumbalpunktion. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien. — 5. Frühwald und Zalozieckl, Über Infektiosität des Liquor cerebrospinalis bei Syphilis. B. kl. W., 1916, S. 9—11. — 6. Gaucher und Merle, Toxi-infection syphilitique aigue. Ann. méd. vénér., 1910. S. 426—439. — 7. Graves, Can rabbits be infected with syphilis directly from the blood of general paretics. J. Am. m. Assoc., 1913, Bd. 61, S. 1504—1509. — 8. E. Hoffmann, Mitteilungen und Demonstrationen über experimentelle Syphilis, Spirochaeta pallida und andere Spirochätenarten. Derm. Zschr., 1906, S. 561—565. — 9. Kohrs, Liquorbefunde in den einzelnen Stadien der unbehandelten Syphilis. Derm. Zschr., 1920, Bd. 29, H. 1, S. 30—48. — 10. Levaditi, Marie und Bankowski, Le Tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux. Ann. Inst. Pasteur, 1913, S. 576—596. — 11. Martinesco und Minnea, Infectiosité du liquide cephalo-rachidien dans la paralysie générale juvenile. Acad. des sciences Sem. méd., 1914, S. 357. — 12. Nichols und Hough, Demonstration of Spirochaeta pallida in the cerebrospinal fluid. J. Am. m. Assoc., 1913, Bd. 60, S. 108—110. — 13. Nonne, Syphilis und Nervensystem. 3. Aufl., 1915, S. 437. — 14. Rach, Zur Kenntnis der luetischen Leptomeningitis beim Säugling. Jahrb. f. Kinderheilk., 1912, Bd. 75, S. 222—231. — 15. Schridde, Ärztl. Verein zu Marburg. 19. Juli 1915. M. m. W., 1905, S. 1563—1564. — 16. Sézary und Paillard. Soc. de Biol., 23. Febr. 1910; Bull. méd., 1910, S. 232. — 17. Steiner, Impfexperimente mit Spinalflüssigkeit von Syphilitikern. 43. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte 1913; Neurol. Zbl., 1914, S. 132—133. — 18. Stümpke, Über Lumbalpunktionsergebnisse bei Syphiltikern. Derm. W., 1919, Bd. 69, Nr. 45, S. 715—727. — 19. Volk, K. und K. Gesellsch. der Ärzte Wien, 24. Okt. 1913. W. kl. W., 1913, S. 1824. — 20. Werther, Über Liquoruntersuchungen und Liquorbehandlungen bei Syphilitischen. D. Zschr. f. Nervenheilk., 1917, Bd. 57, H. 1—2. — 21. Siemerling, Spirochäten im Gehirn eines Falles von multipler Sklerose. B. kl. W., 1918, Nr. 12.

Digitized by Google

Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg
(Leiter: Obermedizinalrat Prof. Dr. Nocht).

Geschichtlicher Beitrag zur antitoxischen Therapie der Geschlechtskrankheiten.

Von

Heinz Zeiss.

Neuburger[1]) hat in seiner bekannten Abhandlung uns einen ausgezeichneten Überblick gegeben, wie aus den ersten Anfängen heraus sich unsere heutige Immunotherapie, im weitesten Sinne des Wortes gefaßt, entwickelte, und neuerdings bringt Stemplinger[2]) gewissermaßen eine erweiternde Ergänzung zu der Neuburgerschen Arbeit, eine kritische Zusammenfassung aller der im Altertum gebräuchlichen Transplantationsexperimenten, die vom Volke und von den Ärzten ausgeführt wurden. Auch hier sehen wir, wo letzten Endes die Wurzeln zu dem üppig gedeihenden Baume der Immunotherapie haften, neben der die Chemotherapie ihre Zweige getrieben, die, aus den Anregungen Behrings und der seinen Bahnen folgenden Schüler in Paul Ehrlich einen gewissen Abschluß erreicht hat, und mit der die Serologie inzwischen viele Verbindungen anknüpfte.

Mit der Variolation[3])[4]) begann eine neue Entwicklung in der Geschichte der antitoxischen Therapie. Der Gedanke der Blatternübertragung veranlaßte im 18. Jahrhundert, dem Jahrhundert der Variolation, jedoch die Anwendung des Grundprinzipes auch auf andere ansteckende Krankheiten: die Pest, Masern, Krätze, Schafpocken und die venerischen Infektionen. Johann Peter Brinckmann, der Reformator des Jülich-Cleveschen Gesundheitswesens in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts, dem Sudhoff[5]) ein liebevolles Denkmal gesetzt hat, berichtet in seiner auch heute noch sehr lesenswerten Abhandlung: „Beyträge zu einer neuen Theorie der Gährungen“[6]), daß man die Krankheiten durch die Kunst fortpflanzen könne. Die Stelle lautet:

„Die Erfahrung hat auch gelehret, daß man die Krankheiten künstlich fortpflanzen könne, wenn man die im vorigen Absatz angeführte Materie dem menschlichen Körper anbringt. Man tut dieses in der Absicht, um entweder dadurch die Krankheit auf eine gelindere Art durchzustehen, und für derselben Rückfall befreyet zu bleiben oder nur dadurch andere schon wirklich daseyende Krankheiten zu genesen. Zufolge den Berlinischen Sammlungen zur Beförderung der Arzneywissenschaft, Naturlehre usw. 3. Bd.

[1]) Vorgeschichte der antitoxischen Therapie der Inf.-Krankh. Stuttgart 1901. — [2]) Die Transplantation in der antiken Medizin. Arch. f. Gesch. d. Med., 1920, Bd. 12, S. 33. — [3]) A. C. Klebs, The historical evolution of variolation. — Bull. of the Johns Hopkins Hospital, 1913, Bd. 24, S. 69. — [4]) Ders., Die Variolation im 18. Jahrh., ein histor. Beitrag zur Immunitätsforschung (7. Heft zur Histor. Biol. der Krankheitserreger), Gießen 1914. — [5]) Johann Peter Brinckmann. Ein Niederrheinischer Arzt im 18. Jahrh. Beitr. zur Gesch. des Niederrheins. (Düsseldorfer Geschichtsverein.) 1902. Bd. 17. — [6]) Düsseldorf 1774 (Univ.-Bibl. Göttingen. Chem. II, 7403).

Digitized by Google

S. 584, werden bey dem Menschen außer den Pocken auch, die Masern, die Krätze, die venerischen Uebel und selbst die Pest mit Nutzen inoculiret."

In der angezogenen Stelle der Berlinischen Sammlung[1]) findet sich dann ein Hinweis auf Überimpfung von Geschlechtskrankheiten:

„In D. Hirschels Betrachtungen über den innerlichen Gebrauch des Mercurii sublimati corosivi usw. 2. Aufl. Berlin 1765, S. 48, § 10, wo der Verfasser Nachricht von einer Einimpfung ertheilet, die er bei einem höchst gefährlichen Testiculo venereo mit der venerischen Krankheit selbst, zum größten Nutzen seines Kranken unternommen."

Diese Notiz habe ich weiter verfolgt. Ich bringe nur die Literaturstelle, die sich auf die Übertragung bezieht. Hiernach hat ein Berliner Arzt im 18. Jahrhundert, L. E. Hirschel[2]), zu heilenden Zwecken akute Gonorrhoe auf einen chronischen Tripperkranken übertragen. Wir haben hier bereits den ersten Versuch, die Folgen einer Gonorrhoe, die drohten, sich chronisch zu verewigen, durch frische Gonokokken zu bekämpfen, also nichts mehr und nichts weniger als eine Provokation zu versuchen, ähnlich wie wir heute mit abgetöteten Gonokokken in Gestalt der Vakzine vorgehen. Hirschel hat den Versuch nach seinen eigenen Worten folgendermaßen angestellt:

„Ehe ich schließe, will ich noch eine merkwürdige Betrachtung berühren, die vielleicht wichtig ist, und noch in anderen Fällen nützlich seyn kann. Ich hatte einen Menschen von 30 Jahren vom Soldaten-Stand, welcher schon über anderthalb Jahr einen Testiculum venereum hatte, welcher anfing, carcinomatös zu werden und die Dicke von einer Faust bekam. Ich ließ demselben Umschläge auflegen, auch Emplastra resolventia, interne ließ ich ihm lange Zeit, auch Mercuralia und Decocta antivenerea gebrauchen, welches aber alles fruchtlos war. Nun dachte ich, daß vielleicht, wann die Gonorrhoea, welche bey dem Kranken vorhergegangen und bey welche derselbe sich verwahrloset hatte, wieder hergestellt werden könnte, noch Hoffnung wäre, daß eine gute Auflösung erfolgen möchte. Da aber die vorhin bemeldete Arzneyen nichts helfen wollten, was sollte ich anfangen? Ich geriet auf einen besonderen Einfall, welcher mir glückte. Ich hatte eben zu derselben Zeit einen Menschen, welcher Gonorrhoeam virulentam hatte, da nahm ich ein Wachskerzchen und bestriche es mit der Materia, die aus dem Pene tropfte und applicirte es demjenigen in urethra, der den Testiculum venereum hatte, welche Inoculation ich binnen zwey Tage dreymal wiederholte. Am dritten Tage bekam der Patient heftige Schmerzen in der Harn-Röhre, samt eine Dysuria, worauf eine grüne scharfe Materie aus der Harn-Röhre, welche sehr geschwollen und entzündet war, ausflößte. Nach angestellter Aderlaß am Arm verordnete ich dem Patienten öfters wiederholte Temperantia und Laxantia antiphlogistica, äußerlich aber Cataplasmata, Emollientia, wodurch hernach eine gute gelbe eiterhafte Materie auszufließen anfienge, und der Testiculus venerius wurde immer kleiner, und seine vorige Härte verschwande. Zuletzt ließ ich die gewöhnliche Antivenerea gebrauchen und die Gonorrhoea verlohr sich ebenfalls in kurzer Zeit. Wäre ich auf den Einfall nicht gekommen, so hätte gewiß der Testiculus müssen aufgeschnitten werden."

Seine Schrift fand einen Gegner in dem Wiener Professor Joseph Jacob Plenk[3]). Ihn widerlegte jedoch Hirschel[4]) in gewandter und

---

[1]) 10 Bde., Berlin 1769 u. ff. (Univ.-Bibl. Göttingen, Phys. math. II, 1791). 3. Bd., 6. Stück, 1771, S. 587. — [2]) Betrachtungen über den itzigen innerl. Gebrauch des Mercurii sublimatii corrosivi u. d. Schierlings in versch. Krankh. VIII + 50, 2. verm. Aufl. Berlin bey August Mylius, 1765. (Univ.-Bibl. Kiel, Mat. med., 2472). — [3]) Biographische Notiz im Biographischen Handbuch von Gurlt u. Hirsch, Bd. IV, S. 590. — [4]) D. Leon. Elias Hirschels Beyträge zu seinen Betrachtungen über den innerlichen Gebrauch des Mercurii sublimati corrosivi und des Schierlings, worinnen die Entwürfe des Herrn Joseph Jacob Plenks, Medicus der Wundarzney und Geburtshülfe zu Wien, gegen dieselben widerleget werden. Nebst einem Schreiben gegen dessen Tractätchen: Nova et facilis methodus argentum vivum aegris venerea labe infestis exhibendi. Berlin bey August Mylius 1767. II + 70 S. (Univ.-Bibl. Kiel, Med. pract. 1425.)

Digitized by Google

kritischer Weise und zerpflückte seine Einwände. Uns geht hier nur die Stelle an, die sich auf den Versuch mit der Übertragung der Gonorrhoe befaßt:

S. 54/56. Dritter Abschnitt.

„Gegen die Geschichte, da ich einen Testiculum venereum durch das Einpfropfen der Gonorrhoea resolviret habe, wendet Herr Plenk ein, ‚daß durch die Entzündung die Verhärtung leicht hätte können in den Krebs übergehen, daß er auch zu wissen begierig wäre, wie diese Verhärtung durch die Harnröhre zum Ausfluß hätte kommen können?' Dem Herrn Plenk antworte ich hiermit: Wenn hier nicht schon alles wäre angewendet worden, als starke Inunctiones mercurialis, Umschläge des Schierlings mit Milch, u. m. d., so hätte ich gewiß diese Einpfropfung nicht unternommen. Der Patient wollte gar kein Gehör zu der Extirpation des Testiculi geben. Nun waren einige Spuren der vorhergegangenen Gonorrhoea noch vorhanden, welches mich auf den Einfall brachte, diese Einpfropfung vorzunehmen, um, wenn die Gonorrhoea vollkommen wieder hergestellet seyn möchte, die Auflösung des Testiculi desto eher vielleicht zu bewerkstelligen, welches auch hernach würklich geschahe; denn bey diesem Kranken ist der venerische Testiculus ohne Zweifel auf folgende Art entstanden: Da in dem einen Saamenbläschen und in der Glandula prostata die stockende Feuchtigkeit keinen rechten Ausfluß hatte, folglich hatte auch der Ductus deferens von dem Testiculo den Saamen, und die Feuchtigkeit in die Vesiculam seminalem nicht ausgießen könne, wodurch eine Stockung und durch die Länge der Zeit eine Verhärtung in diesem Testiculo entstanden; war aber widerum die Gonorrhoea vollkommen hergestellet worden, hat auch desto leichter das Stockende in dem Testiculo durch die äußerlichen Inunctiones mercurialis, durch Cataplasmata, durch die angestellte Venaesection, und durch die innerlichen Resolventia wieder aufgelöset werden können. Da nun die Vesiculae seminalis wieder frey geworden, so hat auch das durch die gehörige Arzneymittel wiederum aufgelöste, durch die Vasa deferentia in die Vesicula seminalis, und von da durch ihre ordinairen Canäle, durch die Harnröhre, ausfließen können."

Aus diesen Mitteilungen schält sich folgendes heraus: 1. Wir haben es mit dem erstbeschriebenen Versuch zu tun, eine gonorrhoische, jeder Therapie trotzende Nebenhodenentzündung durch Einimpfung einer frischen Gonorrhoe zu „mobilisieren" und dann kunstgerecht zu heilen. 2. Hirschel hat hierdurch, allerdings unbewußt, gezeigt, daß eine Immunität bei Gonorrhoe nicht besteht. 3. Er ist der erste, welcher die Übertragung der Gonorrhoe lokal einwandfrei nachgewiesen hat, ohne den Erreger zu kennen. 4. Er ist deshalb in diesem Versuch als der Vorläufer von Neisser, Finger und Wertheim anzusehen. Seine Beobachtung richtig zu deuten, hat er leider unterlassen. 5. Er wäre damit der Begründer der Vakzinetherapie bei Gonorrhoe.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Oktober 1920.

Originalbericht von Dr. Sprinz-Berlin.

Aus Anlaß der Tagung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hielt die Berliner Dermatologische Gesellschaft eine Sitzung ab, die von auswärtigen Universitätslehrern unseres Faches und anderen namhaften Spezialkollegen erfreulich stark besucht war.

Krankenvorstellungen:

1. Heller: a) **Zirkumskripte Sklerodermie,** typischer Fall bei einem 65jähr. Manne; handflächengroße Partie auf dem Rücken. Völliger Mißerfolg der Blaulichtbestrahlung; nach mehreren Sitzungen Blasenbildung und dunkelbraune Pigmentation; aber kein therapeutischer Effekt.

Digitized by Google

b) **Téleangiectasies généralisées essentielles acquises.** 20jähr., sonst völlig gesundes Mädchen. Vor acht Jahren entwickelten sich langsam wachsende, rote Flecke auf der Brusthaut; seit vier Jahren gleiche Bildung im Gesicht, weniger am Hals. Mit bloßem Auge oft, mit Lupe immer, sieht man deutlich den Zusammenhang der Flecke mit Gefäßerweiterungen; es liegt das von Brocq gezeichnete, oben benannte, sehr seltene Krankheitsbild vor. Pathogenese dunkel. Therapie zuerst Schälkur, dann CO_2-Behandlung.

c) **Tierfellnävus und etwa 600 kleine Naevi pigmentosi.** 9jähr. Knabe, schon unmittelbar nach der Geburt linke Rumpfhälfte vom Nävus eingenommen, der mit dem Körperwachstum Schritt hielt, aber die Grenzen nicht vorschob. Kein Zusammenhang mit den Metameren und den Nervenbahnen. Bemerkenswert ist die dauernde Neubildung von Pigmentmälern. Augenhintergrund normal, keine maligne Entartung. Prognose doch dubiös.

Diskussion: Zu Fall a) Jadassohn empfiehlt Doramadsalbe, Saalfeld Hochfrequenz. Zu Fall b) fragt Jadassohn, ob der Wassermann gemacht ist, Hoffmann, ob aktinische Einflüsse mitspielen, Galewsky, ob Radium erfolgreich wäre. Saalfeld antwortet, daß Radium die Gefäßerweiterungen zwar beseitige, aber die Gefahr von Gefäßneubildungen nach sich zöge. Zu Fall c) E. Hoffmann macht darauf aufmerksam, daß ein Teil der kleinen Hautgeschwülste solche vom Typus der Neurinome wären.

2. Saalfeld: a) **Primäraffekt des Zungenrückens** mit Bubo submaxillaris, macht darauf aufmerksam, wie oft Zungen- und Tonsillarschanker nicht erkannt würden.

b) **Plattenepithelkarzinom der Kopfhaut.** Von anderer Seite vorgenommene, kleine Röntgenbestrahlungen nutzlos, nur reizend; unter Mesothorium Verkleinerung der Ulzeration; Rest soll exstirpiert werden.

Diskussion: Zu Fall b) v. Zumbusch bevorzugt die chirurgische Behandlung kleiner Tumoren vor der Strahlentherapie. Nagelschmidt hat kleine maligne Neubildungen oft in einer Sitzung geheilt bei richtiger Dosierung und hochgefilterten Strahlen. Ausgehend von der Beobachtung, daß tiefe Karzinome besser auf Röntgen ansprächen als Hautkarzinome, was nur eine Wirkung der Streustrahlung sein könnte, die an der Oberfläche fehlte, hat er mit Erfolg die Haut bei der Bestrahlung mit dünnen Wachsplatten bedeckt.

3. Bruhns: **Fall von Lymphangiom** bei einem 7jähr. Mädchen. Bemerkenswert ist der seltene Sitz am Thorax und die Kombination von oberflächlichen und tiefen Lymphangiomen. Exstirpation.

Diskussion: Riecke bemerkt, daß er einen Fall von Lymphangioma cutis cysticum beobachtet habe mit Lymphangioma cavernosum am Abdomen; merkwürdig war die Erscheinung, daß jedesmal nach dem Essen eine starke Schwellung auftrat; angesichts des offenbaren Zusammenhanges mit den Lymphgefäßen des Abdomens wurde von einer Exzision Abstand genommen.

4. Pinkus: Fall von **Xanthoma tuberosum.**

Diskussion: Riecke, Pinkus.

5. Nagelschmidt: a) **Zungenkarzinom** mit **Diathermie** koaguliert; Heilung in 14 Tagen; keine Sprachstörung, geringer Defekt, Abschwellen der Drüsen. Der Vorzug der Diathermiemethode liegt in der Wallbildung um den kranken Herd herum.

b) **Vitiligo** erfolgreich durch wiederholte **Quarzlampenbestrahlung** pigmentiert, wobei die pigmentierten Ränder mit bestrahlt wurden, vielleicht wird das Pigment mobilisiert, oder wahrscheinlicher wird neues Pigment gebildet.

Diskussion: Zu Fall a) Heller bestätigt, daß es sich histologisch um ein typisches Karzinom gehandelt habe; man müsse abwarten, ob der Behandlungserfolg ein dauernder sei. Jadassohn erwähnt, daß man auch mit Thorium X in den Vitiligoflecken Pigment erzeugen könne. E. Hoffmann gibt als Erklärung der von Jadassohn erwähnten Zonenbildung in den Vitiligoflecken, daß starke Dosen lähmten (Depigmentation), kleine reizten (Hyperpigmentierung).

6. Löhe: **Fall von Darierscher Krankheit.** Der jetzt etwa 40jähr. Mann ist seit vielen Jahren in der Behandlung der Hautabteilung der Charité. Zur Zeit bestehen nur kleine Ausbrüche in den Achseln und am Genitale. Bemerkenswert ist dagegen eine sehr starke Wucherung am harten und weichen Gaumen.

Diskussion: Jadassohn lenkt die Aufmerksamkeit auf das familiäre Vorkommen von Darier und bittet, systematisch auf die Formes frustes zu achten (verrucae-planae-ähnliche Bildungen an den Handrücken und Knötchen über den Schweißdrüsenporen der Palma). Unna erwähnt eine eigene Beobachtung des Vorkommens von Darier in drei Generationen, z. T. in schwerster Form, z. T. bei einem Kinde durch Röntgen ge-

Digitized by Google

bessert. v. Zumbusch trägt die Wucherungen mit einem Messer ab und bestrahlt dann, um Rezidive zu vermeiden. Lipmann-Wulf sah bei einem von ihm lange beobachteten Falle Verschlimmerung in der warmen Jahreszeit und Besserung in der Kälte.

7. Fischer: **Fall von pityriasiformem Favus der Kopfhaut mit Nagelfavus** bei einem 12jähr. Jungen. Auf der Kopfhaut diffuse Schuppenbildung, die darunter liegende Haut ist leicht gerötet; das Ganze macht den Eindruck eines seborrhoischen Ekzems. Haare und Schuppen stark pilzhaltig. Die Haare zeigen längsgestreifte, lufthaltige Kanäle. Nagelfalz und Platte pilzhaltig. Als Erreger ergab sich Achorion Schönlein, in der schnell wachsenden Form. Die Affektion hält sich scharf an die Haargrenze zum Unterschied gegen das seborrhoische Ekzem. Bemerkenswert ist die pityriasisähnliche Form des Favus; ob Eigenart des klinischen Ablaufs, eine persönliche Disposition oder Eigentümlichkeit des Favusstammes, ist schwer zu entscheiden.

Diskussion: Schönfeld sah in Greifswald in kurzer Zeit vier Favusfälle; ein Fall ergab deutliche Intrakutanreaktion mit 0,1 Trichon. Jadassohn bemerkt, daß auch in Schlesien autochthoner Favus vorkomme; merkwürdig ist das Aussterben von Favus in einer Familie oder in einem Dorfe ähnlich wie bei der Mikrosporie.

8. C. A. Hoffmann: a) **Möllersche Glossitis.** 43jähr. Frau, vor vier Jahren Beginn mit Brennen, jedesmal drei Tage vor der Periode; die Beschwerden dauerten immer länger, jetzt ständig. Die Frau hat perniziöse Anämie; nach Operation einer Kieferhöhleneiterung schwanden die Beschwerden, jetzt eitert die Höhle wieder, und die Zungenaffektion ist wieder da. Die Zunge zeigt rote und blaurote Flecke, scharf aneinander grenzend; Wangenschleimhaut glatt atrophisch, ebenfalls rote Flecke.

b) **Erythema induratum** bei einer 39jähr. Frau. Akute Entstehung. WR negativ. Pirquet positiv. Knoten besonders an den Armen.

Diskussion: Zu Fall a) Fabry: Die Erosionen an der Zunge und an der Wangenschleimhaut sind als Frühsymptome der perniziösen Anämie aufzufassen. Klingmüller findet, daß der vorliegende Fall nicht den typischen Bildern entspricht; da sind die Grenzen scharf, die Rötung streifenförmig, und die Wangenschleimhaut ist nicht beteiligt.

9. Schereschewsky spricht über seine **Versuche zur fraktionierten Chinin-Salvarsantherapie der Syphilis.** Luetiker des ersten und zweiten Stadiums erhielten 0,3—0,5 Chinin. muriatic. alle zwei Stunden 2—3 Tage oral in der Gesamtdosis von 4—6 g bis zur Behinderung der Beweglichkeit der Spirochäten; in diesem Stadium Neosalvarsan und lokal 70%igen Alkohol mit Mullkompressen. Spirochäten und Erscheinungen schwanden rasch.

Diskussion: Schumacher bemerkt, daß vom histochemischen Standpunkte die Erfolge leicht zu erklären wären durch die chemische Affinität der Chininpräparate zu den Zellkernen, speziell zu der Nukleinsäurekomponente. E. Hoffmann betont, daß nur reine Pallidapräparate diagnostisch benutzt werden dürfen; das gilt auch für die Zervix.

Mitteilungen aus der Literatur.

Tuberkulose.

Über kombinierte Gold- und Strahlenbehandlung bei der Drüsentuberkulose, von B. Ulrichs-Finsterwalde. (D. m. W., 1920, Nr. 1.) Verf. kommt auf Grund seiner Versuche mit Krysolgan-Höchst, einem neueren Goldpräparat, zu folgenden Ergebnissen bei der Behandlung der Tuberkulose: Die Goldbehandlung eignet sich zur spezifischen Therapie besonders für Tbk.-Lymphome und Tuberkulide und ist der Tuberkulinbehandlung mindestens gleichwertig, wenn nicht überlegen. Die Goldwirkung kann in wirksamer Weise unterstützt werden durch Quarz- und Röntgenstrahlenbehandlung. Ein vorsichtiger Versuch mit Goldbehandlung ist bei Hilustuberkulose und bei proliferativentzündlicher Spitzentuberkulose (Erreger Bazillus Koch) empfehlenswert, bei schweren, exsudativ-entzündlichen bzw. käsigen Lungenprozessen (Erreger Humano longus Spengler, teils allein, teils in Mischinfektion mit Humano brevis) zu widerraten. Abgesehen von einer schweren Komplikation durch fieberhaftes Ekzema erythematodes (Goldvergiftung), hat sich das Krysolgan als völlig ungiftig erwiesen. de Lemos-Hamburg.

Erfolge der Röntgentiefentherapie bei chirurgischer Tuberkulose, von Carl Moll-Freiburg i. Br. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 1919, Bd. 118, H. 2.) Die Erfahrungen bestätigen die Strahlentherapie im Kampfe gegen Tuberkulose als ein ausgezeichnetes

Digitized by Google

Hilfsmittel. Bei den tuberkulösen Lymphomen ist die Strahlenbehandlung die Therapie der Wahl. Bei den käsigen und fistelnden Formen sind kleine operative Eingriffe erforderlich. kleine Stichinzisionen mit eventueller Auskratzung. Auch bei der Knochen- und Gelenktuberkulose werden mit Röntgenbestrahlung gute Erfolge erzielt. Mehrere Fälle von Spina ventosa kamen in kurzer Zeit zur Ausheilung. In fünf Fällen von Sehnenscheidentuberkulose waren die Erfolge sehr gut. Ein günstiger therapeutischer Einfluß ist auch bei der tuberkulösen Peritonitis zu erwarten. Die Nachbehandlung bei tuberkulöser Mastdarmfistel nach vorheriger Spaltung brachte eine schnellere Heilung. Hoden- und Nierentuberkulose werden nur dann bestrahlt, wenn eine Operation nicht mehr in Betracht kommt. Daß die Tuberkulose der Haut ein günstiges Indikationsgebiet darstellt, ist hinlänglich bekannt. W. Chrzelitzer-Posen.

Lymphogranuloma tuberculosum, von F. Weinberg. (Habil.-Schrift, Rostock 1917.) 12 zum Teil sehr lange Zeit beobachtete Fälle. Besonderer Wert ist auf die klinische Darstellung gelegt. In 7 Fällen wurden Tierversuche angestellt, die 6mal positiv ausfielen. Neben unsymmetrischen Lymphdrüsenschwellungen, Milz- und Lebervergrößerungen fand sich bei 7 Patienten ein starkes Hautjucken. Als weitere Symptome sind wichtig: urtikarielle, bullöse und hämorrhagische Exantheme, diffuse Erythrodermien und Pigmentierungen, ferner Fieber und Durchfälle. Verf. hält das Lymphogranulom für eine eigenartige Tuberkulose. Der Erreger ist der Tuberkelbazillus Species humana. Dieser muß auf bestimmte Art verändert sein, um statt der Tuberkulose ein Lymphogranulom hervorzurufen. Vieles spricht dafür, daß es sich um eine abgeschwächte Form des Tuberkelbazillus handelt: Der benigne Verlauf der Krankheit bei den geimpften Tieren, die Virulenzsteigerung durch die Tierpassage, die Schwierigkeit, Reinkulturen von den ersten Impftieren zu erlangen. Gegen einen abgeschwächten Tuberkelbazillus soll der maligne Verlauf des Lymphogranuloms sprechen. Es gibt aber viele Fälle, die ganz und gar nicht bösartig verlaufen. Jedenfalls hat die Lymphogranulomatosis aus der Gruppe „Pseudoleukämie" auszuscheiden; sie gehört zu den Lymphdrüsentuberkulosen.
F. Weiler-Leipzig.

Über Hauttuberkulose im höheren Alter, von Simon Bollag. (Diss., Basel 1919.) (Hautklinik Lewandowsky.) Unter den 400 Fällen des gesamten Hauttuberkulosematerials der Jahre 1909—1918 fanden sich 229 Fälle von Lupus vulgaris, von diesen hatten 38 ein Alter über 50 Jahre. Im Alter von 60—70 Jahren wurden 16, nach dem 70. Jahre 5 und nach dem 80. Jahre 1 Kranker behandelt. Von den 38 Luspatienten über 50 Jahre gehören 33 dem weiblichen und nur 5 dem männlichen Geschlechte an, Skrofuloderma entstand nur 2mal im höheren Alter. Unter 43 Fällen von Tuberculosis verrucosa cutis waren noch 5 jenseits des 50. und davon 2 jenseits des 70. Lebensjahres. Die übrigen Hauttuberkulosen waren auf alle Lebensalter ziemlich gleichmäßig verteilt. Von 14 genau beobachteten alten Patienten entstand die Hauttuberkulose fast bei allen nach dem 50. Lebensjahr, nur bei einer im 25. Jahr. 4 Patienten erwarben ihre Hauttuberkulose im sechsten, 6 Patienten im siebenten und 3 Patienten im achten Dezennium. Kein einziger der Fälle hatte den Lupus seit der Kindheit. Bei allen ließ das Allgemeinbefinden fast nichts zu wünschen übrig. Die Prognose des Alterslupus ist wohl besser als bei den Jugendlichen, da die rasch vorwärtsschreitenden und stark zerstörenden Formen selten sind und der Alterslupus in manchen Fällen zur spontanen Rückbildung neigt. Die Therapie unterscheidet sich in nichts von der bei jugendlichen Individuen üblichen. F. Weiler-Leipzig.

Dermatologische Ratschläge für den Praktiker, von Prof. Max Joseph-Berlin. (D. m. W., 1920, Nr. 10.) Es werden die tuberkulösen Hauterkrankungen, die Angioneurosen und die regressiven Ernährungsstörungen der Haut besprochen; die therapeutischen Anweisungen bringen nichts wesentlich Neues. de Lemos-Hamburg.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Die Anamnese der Syphilitiker, von Bettmann-Heidelberg. (M. Kl., 1919, Nr. 1.) Winke für den Syphilidologen, dem seine Patienten gewöhnlich anders gegenüberstehen als anderen Ärzten, denn bei ihnen besteht die Neigung, zu verschweigen, zu vertuschen, absichtlich oder unabsichtlich anders darzustellen. B. warnt neben ausdrücklicher Betonung der Wichtigkeit der Laboratoriumsmethoden davor, diese zu hoch zu bewerten gegenüber der eigenen klinischen Beobachtung und den Angaben der Patienten.
O. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Moderne Syphilisforschungen, von H. Hübner-Elberfeld. (Leipzig, A. Barth. — Flugschriften der D. G. B. G., H. 7.) Eine auch für jeden Laien leicht verständliche und interessante kleine Abhandlung, von welcher man, ohne eines übertriebenen Optimismus sich schuldig zu machen, auch gute Wirkungen versprechen darf.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den derzeitigen Stand der Syphilisforschung und Behandlung, von L. Arzt-Innsbruck. (Wagner, Innsbruck 1919.) Im Rahmen von drei Vorträgen bespricht Verf. kurz aber anschaulich das Thema unter Berücksichtigung namentlich des Nachweises der Spirochäten, der Bedeutung der Wassermannschen Probe und der Erfolge und der Anwendungsweise der Salvarsantherapie in einer für die Bedürfnisse des die allgemeine Praxis betreibenden Arztes. Ein die Wichtigkeit des Gegenstandes erläuterndes Vorwort ist der kleinen Schrift von Riehl-Wien beigefügt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Krieg und Erbsyphilis, von K. Hochsinger-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 49.) An einem aus verschiedenen Anstalten Wiens und anderer österreichischer Städte stammenden statistischen Material über insgesamt 123284 Geburten entnimmt Verf. die etwas überraschende Tatsache, daß die Zahl der syphilitisch infizierten Früchte während der Kriegsjahre eine deutliche Verminderung gegenüber dem in den letzten 4 Jahren vor dem Kriege vorhandenen Prozentsatz aufweist So betrug in den Wiener Gebärkliniken bei einer Geburtenzahl von 37102 Fällen die Gesamtzahl der Luesgeburten 690 (1,87%) in den Friedensjahren 1911—1914 gegenüber 1,45% (370 Luesgeburten unter 25346 Entbindungen) in den vier Kriegsjahren. Erheblich günstiger gestaltete sich das Verhältnis für die Luesgeburten im Sanatorium Löw, indem hier unter 954 Geburten im Frieden 2,62% Luesfälle vorkamen gegenüber 1,00% in den Kriegsjahren mit 17 Luesfällen unter 1678 Geburten. Aus diesen und weiteren ausführlich dargelegten statistischen Erhebungen entnimmt Verf. die Schlußfolgerung, daß durch die Kriegsverhältnisse eine mehr erfolgreiche Behandlung der syphilitisch Infizierten durchgeführt werden konnte, und erhofft, daß bei geeigneter Gesetzgebung es gelingen könnte, mit den neueren therapeutischen Hilfsmitteln die Lues auf ein Minimum zu reduzieren.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Syphilis, von Lévy-Du Pan. (Rev. Suisse rom., 1919, Nr. 8.) Verf. schildert als prägnantes Beispiel den Leidensgang einer jungen Frau, welche unmittelbar nach der Verheiratung von ihrem mit akuter Syphilis behafteten Mann infiziert wurde und 14 Jahre lang bis zum Tode des trunkfälligen Ehegatten ein qualvolles Dasein fristete, mit dauernder Krankheit und (3) Aborten. Zur Bekämpfung solcher Mißstände verlangt Verf. einesteils Unterrichtskurse über Hygiene im weitesten Sinne in Schulen und beim Militär und anderseits die gesetzliche Bestimmung, daß zum Eingehen einer Ehe ein ärztliches Attest über den Gesundheitszustand vorgelegt werden muß, und daß nach überstandener Syphilis mindestens sechs Jahre rezidivfrei verlaufen seien.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den derzeitigen Stand der Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis, von J. Kyrle-Wien. (Leipzig-Wien, Franz Deuticke, 1919. 100 S.) Der Inhalt entspricht der Überschrift. In sechs Vorlesungen bringt Verf. alles über die neueren Fortschritte auf diesem Gebiete für den Praktiker Wichtige in klarer und fließender Weise zur Sprache. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Diagnose und Behandlung der Syphilis. (J. Am. m. Assoc., 1917, Bd. 69, Nr. 11.) Die Zeitschrift beginnt hiermit eine Artikelserie über die Behandlung der Geschlechtskrankheiten mit besonderer Rücksichtnahme auf die Militärtätigkeit, die unter Leitung des Generalarztes von der beratenden Kommission für die Geschlechtskrankheiten zustande gekommen ist. In bezug auf die Syphilis wird der deutsche Leser nichts Neues finden, es kann uns jedoch mit einem gewissen Stolz erfüllen, daß die Erfahrungen, die im wesentlichen bei uns gewonnen worden sind, auch bei anderen Völkern als Allgemeingut Anerkennung gefunden haben. E. Levin-Berlin.

Sind Trypanosomiasis und Syphilis verwandte Krankheiten? Von Emmerich und Hallenberger-Kiel. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 23, H. 1.) Die klinischen und anatomischen Bilder bei experimenteller Trypanosomiasis und Syphilis zeigen in jeder Beziehung eine so auffallende Übereinstimmung, daß die Annahme einer nahen Verwandtschaft der beiden Krankheiten wohl berechtigt erscheint; andererseits wird an einem Beispiel dargelegt, daß die natürlich erworbenen Krankheiten neben nicht wegzuleugnenden gemeinsamen Zügen im klinischen und anatomischen Bild auch so einschneidende Unterschiede aufweisen, mit Hilfe derer man auch ohne Zwang den Beweis liefern kann,

Digitized by Google

daß die beiden Krankheiten nicht miteinander verwandt sind. Wenn die Autoren selbst sich auch für eine Verwandtschaft aussprechen möchten, so geschieht dies jedoch vorläufig mit einer gewissen Reserve, bis weiteres Beweismaterial erbracht ist. Völlig unbewiesen ist für sie vorläufig noch die Verwandtschaft zwischen Spirochäten und Trypanosomen; erst wenn dieser Nachweis einwandfrei vorliegt, darf man sagen, daß Trypanosomiasis und Syphilis nahe miteinander verwandte Krankheiten sind.

W. Haas-Hamburg.

b. Pathologie und Klinik.

Über Veränderungen im klinischen Verhalten der Syphilis, von Gustav Stümke-Hannover. (M. m. W., 1920, Nr. 28.) Es kommen heute wesentlich häufiger schwere, nicht so leicht zu beeinflussende Ausschläge, vor allem die kleinpapulösen und lichenoiden, und Verbindungen gewöhnlicher syphilitischer Ausschläge mit Formen, die an bösartige Syphilis erinnern, vor. Die Ausdehnung der Ausschläge ist größer und betrifft auch andere als die vorzugsweise befallenen Stellen. Das Leukoderm häuft sich, und zwar auch bei den männlichen Kranken. Beschreibung von sieben Fällen. Alter und Prostitution scheinen keine Rolle zu spielen. Die Erklärungsversuche tasten. Veränderter Kräfte- und Ernährungszustand? Veränderung des Syphilisgiftes? Wahrscheinlich dürfte ungenügende Syphilisbehandlung diese Fälle begünstigen.

v. Notthafft-München.

Frische Reinfectio syphilitica, von M. Jeanselme. (Journ. de Méd. de Paris, 1919, Nr. 2.) Der ersten Infektion vom Oktober 1916, bei der sich vier indurierte Geschwüre am inneren Präputialblatt, der Regio pubica, der Unterfläche des Penis gezeigt hatten und die nach reichlicher Quecksilber-Salvarsanbehandlung keine anderweitigen Erscheinungen aufwies, folgten nach einem Koitus vom 25.—26. Februar 1917 zunächst Trippererscheinungen am 5. März, sodann im April zwei indurierte Geschwüre an anderen Stellen des inneren Präputialblattes als bei der ersten Erkrankung mit positivem Spirochätenbefunde, typischen multiplen Drüsen ausschließlich in der linken Leiste, WR negativ. Wiederum kombinierte Behandlung. Für eine Reinfektion sprechen der Sitz an anderen Stellen als den von der ersten Infektion noch sichtbaren Narben, Dauer der Inkubation, WR negativ. E. Levin-Berlin.

Bericht über einen luetischen und einen nichtluetischen Zwilling, von Grete Singer. (Arch. f. Kindhlk., 1919, H. 5/6.) Es handelt sich um zweieiige Zwillinge, von denen der eine klinisch feststellbare, luetische Symptome aufweist mit positiver WR, während der andere im Verlauf von nahezu zwei Jahren elfmal serologisch negativ war. Natürlich läßt sich nicht ausschließen, daß der letztere doch noch an Lues congenita tarda erkrankt. Für eine postnatale Infektion des Kranken fand sich kein Anhalt. Nur die Annahme einer paternen Infektion läßt es begreiflich erscheinen, daß ein Zwilling ganz gesund bleibt, bzw. an Lues tarda erkrankt, während der andere schon in den ersten Lebensmonaten luetische Symptome aufweist. O. Sprinz-Berlin.

Ein Fall von schwerer Syphilis mit eigenartigem Initialexanthem, von J. H. Kliemann. (Diss., Leipzig, Klinik Rille.) Bei einer kachektischen 20jähr. Prostituierten mit Verdichtungserscheinungen auf beiden Lungenspitzen beginnt im März 1907 die Erkrankung unter dem Bilde einer akuten Infektionskrankheit mit Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen. Es entstehen ausgedehnte tiefgreifende Geschwüre auf beiden Tonsillen mit dicken, schmutzig weißen Belägen und Infiltration der Umgebung. Auf der Haut bildet sich in der Hauptsache fast über den ganzen Körper verbreitet ein großpustulöses Exanthem und daneben nur auf die Arme beschränkt vereinzelte derbe, papulöse Effloreszenzen. Die großen Pusteln erreichen an der Basis bis über Markstückgröße und haben in der Mitte eine bis über 1 cm hohe, zylinder-, pyramiden- oder kegelförmige Krustenmasse, die auf Druck äußerst schmerzhaft ist; umgeben ist sie von einem Kranz abgehobener Epidermis, welche prall mit gelblich durchschimmerndem Eiter gefüllt ist. Den Abschluß nach außen bildet eine lebhaft entzündlich gerötete, zackig im Normalen verlaufende Zone, die auf Druck abblaßt. An der linken Brusthälfte konfluieren zwei Effloreszenzen zu einem über fünfmarkstückgroßen, mit austernschalenartigen Krusten bedeckten Krankheitsherd. Nach Entfernung der Krusten tritt ein rundes, kraterförmig vertieftes oder mehr flaches, mit speckigem graugelben Belag versehenes Geschwür mit scharf geschnittenen, geröteten Rändern zutage. Keine Leistendrüsenschwellung. Nach sechs Wochen Krankenhausbeobachtung ist das Fieber noch dauernd hoch und von unregelmäßigem Charakter. In zwei Geschwürsnarben treten neue Geschwüre auf; die geschwürigen Prozesse der Tonsillen schreiten auf das Zäpf-

Digitized by Google

chen und den weichen Gaumen fort. Es entsteht eine Periostitis beider Schienbeine. Durch antiluetische Kuren vorübergehende Besserung. Allmählich kommt es zu ausgedehnten Zerstörungen im Rachen, so daß schließlich Tonsillen, Zäpfchen und weicher Gaumen vollständig geschwunden sind. Anfang 1916 treten ganz ausgesprochene Tertiärerscheinungen auf in Form von Osteoperiostitis gummosa, die sich am Schienbein, Oberarmknochen, Schulterblatt und am oberen Augenbogen als dolente Knochenvortreibung zeigt. Im Herbst 1916 ausgedehnte Lungen- und Larynxtuberkulose. Exitus.

F. Weiler-Leipzig.

Spirochäten bei Erythema nodosum der Syphilitiker, von Friedrich Fischl-Wien. (W. m. W., 1920, Nr. 8.) Haselnuß- bis walnußgroße Knoten von livider Farbe, in der Kutis und Subkutis liegend, traten im Verlaufe einer floriden Lues auf. Sie saßen an den Unterschenkeln und waren bei Berührung schmerzhaft. Die Schnittfärbung eines exzidierten Knotens nach Levaditi-Manouélian ergab neben der bereits von Ehrmann beschriebenen Phlebitis und Periphlebitis das Vorhandensein von teils vereinzelten, teils zu Büscheln geordneten Spirochäten im Bereiche der gewucherten Intima der tieferen Venen. Die Windungen der Spirochäten sind deutlich, zum Teil mehr gestreckt, zum Teil undeutlich konturiert, namentlich dort, wo sie zu Büscheln angeordnet sind. Der Verf. nimmt an, daß durch diesen Befund ätiologisch das Erythema nodosum bei Luetikern wohl zweifellos als spezifische Manifestation festgestellt sei.

H. Vörner-Leipzig.

Unverschuldeter syphilitischer Zahnschanker, von H. Goodmann-New York. (New York m. J., 1920, Nr. 5.) Bericht eines Falles von Syphilisinfektion bei Gelegenheit einer Zahnextraktion. E. Levin-Berlin.

Tonsillarschanker in Form einer Angina, von R. Rendu. (Soc. des Sciences méd. de Lyon. Lyon méd., 1920, Bd. 129, Nr. 5.) Akute Erkrankung mit Fieber, Schluckbeschwerden, Drüsen am Kieferwinkel. 14 Tage später Schluckbeschwerden geschwunden, rechte Tonsille vergrößert, von fast normaler Farbe; die Art der noch bestehenden Drüsenschwellung ließ, obwohl an der Tonsille keine Ulzeration, an Lues denken, und die weitere Untersuchung ergab eine Roseola. E. Levin-Berlin.

Über die Syphilis der Gelenke, von Stephan Jikelheimer. (Diss., München 1917.) Sechs Fälle. Bei der Diagnose Gelenksyphilis ist ausschlaggebend der Ausfall der WR. Die frühzeitige Diagnose ist um so wichtiger, als die Prognose dieser spezifisch erkrankten Gelenke allein von ihr abhängt. F. Weiler-Leipzig.

Zur Diagnose der Gelenksyphilis, von K. Reschke. (Arch. f. kl. Chir., 1919, Bd. 111, H. 2.) Auftreten und Verlauf der Gelenksyphilis sind äußerst mannigfaltig, als mono- und polyartikuläre, akute und chronische Arthritis. Bald gleicht sie einer Polyarthritis rheumatica, bald einer Blennorrhoe. Wieder in anderen Fällen befällt sie schleichend der Tuberkulose ähnlich das Gelenk; bei letzteren ist die Muskelatrophie gewöhnlich stärker, doch kommen Fehldiagnosen oft genug vor. Sehr bemerkenswert war das Ergebnis der Serumreaktion in den vom Verf. beobachteten Fällen von Gelenksyphilis. In allen Fällen, in denen das Blut positiv reagierte, fand sich eine ebenso starke Reaktion im Punktat. Darüber hinaus reagierten sogar vier von acht Punktaten stark positiv bei negativer Blutreaktion. O. Sprinz-Berlin.

Zur Kasuistik der Schädellues, von Emil Schmidt. (Diss., Berlin 1919.) Sechs Fälle. Bei gummösen Neubildungen des Schädels ist bei Erfolglosigkeit einer antiluetischen Kur die Operation, die bis in die neuere Zeit selten angewandt worden ist, das einzige therapeutische Mittel. Die Operation ist besonders am Platze, wenn eine eitrige Entzündung mit Knochennekrose vorhanden ist, da die Eiterung durch größere und kleinere Nekrosen inmitten der mit gummösen Massen erfüllten Schädelpartie unterhalten wird. Die Operation der Schädellues besteht in der Freilegung der eiternden Knochenstelle durch Spaltung der Fistelgänge und unterminierten Hautränder, Entfernung der nekrotischen Massen und des syphilitischen Granulationsgewebes mit dem scharfen Löffel. Daß das operative Verfahren bisher selten angewandt worden war, hatte einen doppelten Grund. Erstens in den Todesfällen nach Entfernung von syphilitischen Sequestern, die in vielen Fällen infolge der sie umgebenden Knochenwucherungen und Adhäsionen schwer zu lösen sind; zweitens in der Tatsache, daß nekrotisch erscheinende Knochenteile bei antisyphilitischer Behandlung durchwuchert werden, so daß sich ein chirurgischer Eingriff erübrigt. Da eine derartige Heilung nicht immer erwartet werden kann, ist es vorzuziehen, die Sequester zu entfernen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß nach einem operativen Eingriff die Regeneration des Knochens ziemlich bedeutend ist.

F. Weiler-Leipzig.

Digitized by Google

Ein Fall von Gibbus syphiliticus, von ADOLF WOLOSHINSKY-Riga. (D. m. W., 1920, Nr. 10.) Krankengeschichte einer 60jährigen Patientin mit Gibbus der Lendenwirbelsäule, seit 1/2 Jahr bestehend; Patellar- und Achillesreflexe fehlen. Gang erschwert, ohne ausgesprochene Störung. Starke Schmerzen. Pupillen reagieren schwach. WR +++. 3 Wochen nach Beginn der antiluet. Kur ist Pat. beschwerdenfrei. Der Gibbus besteht fort (Zerstörung der unteren drei Wirbelkörper), auch die Reflexe fehlen. — Der Zeitpunkt der Infektion dürfte vielleicht 20 Jahre zurückliegen. de Lemos-Hamburg.

Die Beziehungen der Koronararterien zum Herzmuskel, von EICHHORST-Zürich. (M. Kl., 1918, Nr. 31.) Der von E. beschriebene Fall von Aortitis syphilitica bietet mehr ein allgemein pathologisch-anatomisches und klinisches als ein speziell syphilidologisches Interesse. O. Lasch-Breslau.

Über die spezifischen Gefäßerkrankungen bei Syphilis und bei Nikotinvergiftung, von R. BENECKE-Halle. (M. m. W., 1919, Nr. 51.) Eine Wiederholung früherer Arbeiten des Verf. über die syphilitische Gefäßerkrankung. Mit dieser wird der Befund von 3 Fällen von nikotinbedingter Gefäßerkrankung verglichen. Es muß auf die Originalarbeit verwiesen werden. v. Notthafft-München.

Ein Fall von klinisch nachweisbarer Periaortitis syphilitica, von GG. HUBERT. (M. m. W., 1920, Nr. 9.) Bei einer syphilitischen Aortitis trat ein mit der Herzaktion synchrones, systolisches und diastolisches Reibegeräusch über der erkrankten Aorta, das in seiner Intensität von der Atmung beeinflußt wurde, auf.
v. Notthafft-München.

Über Aortitis luica, von LENZMANN-Duisburg. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1919, Nr. 23.) Die Aortitis luica gehört zu den Späterscheinungen der Lues, beginnt schleichend und betrifft meist solche Infizierte, die wegen der geringen Sekundärerscheinungen ihre Lues vergessen haben; aber auch gründliche Behandlung schützt nicht absolut sicher vor der Aortitis. Bei Patienten mittleren bis hohen Lebensalters, die an Aorteninsuffizienz, Angina pectoris, Stimmbandlähmung, Kreislaufstörung, Schmerzen hinter dem Brustbein oder in der Herzgegend klagen, ist stets an Aortitis luica zu denken, besonders wenn keine Blutdrucksteigerung oder stärkere Anzeichen von Atherosklerose vorliegen. Röntgenologisch liegt meist eine ziemlich gleichmäßige Verbreiterung des Gefäßbandes vor. Die spezifische Behandlung zeitigt auch in vorgeschrittenen Stadien oft unerwartet gute Erfolge. Die Behandlung sei vorsichtig, besonders im Beginn; aber gründlich. LENZMANN gibt einmal wöchentlich Neosalvarsan, Sulfoxylat oder Silbersalvarsan in kleinen Dosen, kombiniert mit Jod; vom Quecksilber sah er keine Besserung. Die Serumreaktion ist für die Durchführung der Behandlung nicht bindend. Auch bei seronegativem Blutbefund, aber gesicherter klinischer Diagnose, soll der Versuch mit einer spezifischen Behandlung gemacht werden. de Lemos-Hamburg.

Zur Diagnose der Herzsyphilis, von H. LUCE-Hamburg. (D. m. W., 1920, Nr. 3.) Die Herzsyphilis ist der Diagnose zugänglich, wenn bei Ausschluß aller anderweitigen ätiologischen Momente plötzlich oder allmählich, klinisch anscheinend unmotiviert, Herzsymptome auftreten, besonders bei positiver WR. Die Lokalisation der Syphilis in der Herzkammerscheidewand kann klinisch unter dem Bilde der traumatischen Klappenzerreißung in Erscheinung treten, wenn der Durchbruch eines Gummiknotens zu einer Kommunikation beider Herzhälften geführt hat. Physikalisch findet man ein starkes, verbreitetes Schwirren über der ganzen Herzgegend und große Intensität der Geräusche. Auch die Erfolge der spezifischen Behandlung der Herzsyphilis sind unsicher, wegen der häufig vorkommenden obliterierenden Endarteriitis im Gebiet der Reizleitung im Herzmuskel. de Lemos-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Am 5. Dezember, 10 Uhr vorm. findet in Dresden (Patholog. Institut des städt. Krankenhauses) eine Tagung der unter dem Vorsitze von GALEWSKY-Dresden, GROUVEN-Halle a. S., RILLE-Leipzig, SPIETHOFF-Jena und WERTHER-Dresden begründeten Sächsisch-Thüringischen Dermatologen-Vereinigung statt.

Dr. ANDRÉ wurde zum Professor der Urologie in Nancy ernannt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. RILLE-Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. Dezember 1920 | Nr. 49 | Band 71

Aus Prof. Unnas Klinik für Hautkrankheiten.

Cignolin bei Akne.

Von

Dr. F. Polzin, Assistent.

Das von der Firma Friedrich Bayer & Co.-Leverkusen synthetisch hergestellte Dioxyanthranol (1,8) Cignolin ist zuerst von Galewsky 1916 als Ersatzpräparat für das aus einer ausländischen Droge hergestellte Chrysarobin bei Psoriasis empfohlen worden. Im selben Jahre erforschte Unna die biochemische Eigenart dieses Anthranolderivates und empfahl seine Anwendung außer bei Psoriasis und Ekzem bei Prozessen mit großer Chronizität und Hartnäckigkeit der zugrunde liegenden Keime, wie bei Lupus, Lepra und Karzinom. Seitdem berichteten Bruck, Meirowsky und Stiebel, Galewsky, Ihle, Saudek und Werler über günstige Resultate mit Cignolin bei Psoriasis, Pityriasis rosea und versicolor, Erythrasma, seborrhoischem Ekzem, Dermatomykosen, parasitären oberflächlichen Hauterkrankungen und Alopecia areata. Die sich bewährende Wirkung des Cignolins besteht in allen Fällen in rasch eintretender entzündlicher Hyperämie mit Ödem und Braunfärbung der Haut. Beim Abklingen dieser Symptome und Abschälung der Oberhaut erweist sich der krankhafte Prozeß in den meisten Fällen geheilt, gebessert oder wenigstens vorübergehend zum Stillstand gebracht. Gegenüber dem Chrysarobin ist Cignolin in seiner Wirkung auf die Haut etwa fünfmal so stark, stets konstant in seiner Zusammensetzung und ungefährlicher bei Anwendung in der Umgebung der Augen.

Durch die von P. G. Unna 1916 und 1919 angestellten Versuche ist erwiesen, daß es sich bei der Cignolinwirkung nicht allein wie bei anderen Anthranolderivaten nur um einfache Reduktion auf der Haut, sondern vielmehr um einen eigenartigen oxydativen Prozeß handelt. Während die Oxybenzole: Karbol, Resorzin, Pyrogallol vermöge ihrer Affinität zum Epitheleiweiß zur Wirkung in der Kutis gelangen, ist der Träger der Wanderung des Cignolins, wie aus Tierhautexperimenten hervorging, die in allen Schichten der Haut befindliche Ölsäure. Überall, wo Cignolin mit Ölsäure oder Olein enthaltenden Sekreten der Knäuel- und Talgdrüsen in Berührung kommt, gelangt es durch die saure Horn- und Stachelschicht bis zum alkalisch reagierenden Papillarkörper und regt hier an der Epithelkutisgrenze als Aktivator der Sauerstoff aufnehmenden und abgebenden Ölsäure einen nach außen kräftig fortschreitenden Oxydationsprozeß an. Hierbei entstehen (durch Oxydation des Cignolins) die bräunliche Färbung der Haut, sowie Tötung von Keimen in der Oberhaut, Hyperämie, Schmerz und Entzündung in der Kutis.

Digitized by Google

Außer der keimtötenden und granulationsbildenden Sauerstoffwirkung tritt nach Cignolin aber auch Abschuppung, Schälung der Oberhaut auf, wie sie sonst nur von Phenolen bekannt ist; ob diese Schälung auch auf den Oxydationsprozeß zurückzuführen ist, müssen weitere Forschungen klären. Wenn nun die Ölsäure imstande ist, bei Berührung mit Cignolin eine dem oxydierenden Wasserstoffsuperoxyd auf Wunden gleichende Wirkung im Gewebe zu entfalten, so muß diese am auffälligsten da zutage treten, wo reichlich Oleinglyzerate in der Haut vorhanden sind. Es liegt deshalb nahe, die Cignolinwirkung besonders bei Akne und Seborrhoea oleosa zu erproben.

Die in der Unnaschen Klinik bei schwerer Akne gemachten Erfahrungen sind nun derart günstig, daß sie in Anbetracht der früheren mühseligen Erfolge bei dieser Erkrankung schon nach den ersten Versuchen eine Bekanntgabe rechtfertigen.

Wenn ich hier von schwerer Akne spreche, so meine ich damit eine jahrelang bestehende, mit Komedonen, dick angestauten Talgdrüsen, Follikelvereiterung, tiefliegenden, kommunizierenden, großen indolenten Abszessen einhergehende Acne indurata, wo die Haut schon zum Teil durch narbige Stränge, blaurote keloidartige Höcker und grubige Einziehungen entstellt und im ganzen verhärtet, haarlos und an der Oberfläche anämisch ist. Fünf derartige Fälle kamen hier in den letzten drei Monaten zur Behandlung. Es handelte sich durchweg um mittelkräftige Männer zwischen dem 25. und 33. Lebensjahr, die jahrelang anderweit ohne den gewünschten Erfolg behandelt waren. Im Gesicht war bei allen die Akne bis auf einzelne Knoten infolge intensiverer Behandlung größtenteils abgeheilt, jedoch unter Hinterlassung entstellender Narben, während auf Hals, Schultern, Brust, Rücken, Oberarmen und Oberschenkeln in stärkerem und schwächerem Maße das oben skizzierte Bild der Acne indurata bestand.

Es wurde nun so vorgegangen, daß das mit einigen Tropfen Ol. oliv. angerührte gelbe Cignolinpulver mit Vaselinum album vermischt verwandt wurde; diese Salbenform hatte sich in der Anwendung bei Ekzemen vorher als das Optimum der Cignolinwirkung herausgestellt, wirksamer als Cignolin in gleichem Prozentgehalt in der modifizierten Dreuwschen Salbe, mit anderen Medikamenten zusammen in Pastenform (Ihle), mit Gelanth oder Ungt. Caseini. (Teerkompositionen sind bei Akne natürlich zu meiden.) Da empfindliche Häute schon auf 1%ige Cignolinvaseline sofort mit starkem, ausgedehntem Ödem und nachfolgender Albuminurie reagieren können, ist es ratsam, zunächst mit $^1/_2$%igen Salben drei Tage lang die Cignolinempfindlichkeit zu erproben und allmählich zu stärkeren Salben anzusteigen, zumal bei Frauen und bei Anwendung auf der Gesichtshaut.

Punktuell wurden die tieferen Knoten und Abzesse, sowie die teils zerklüfteten, teils keloidartigen unterminierten Narbenstellen mit 20—40-grammigem Salizylkreosotguttaplast bedeckt, das täglich, bis das Talgsekret aus der Tiefe zutage trat oder leicht auszudrücken war, erneuert und dann durch Karbolquecksilberguttaplast bis zur letzten allgemeinen Abheilung ersetzt wurde. An die Stelle der sonstigen mechanischen und chemischen Behandlungsmethoden, wie Brennstift, Komedonenquetscher, scharfer Löffel, Marmorsand und Pernatrolseife, trat eine stärkere, 5%ige

Digitized by Google

Cignolinvaseline, die allabendlich auf die affizierten Hautpartien mit einem Borstenpinsel dünn aufgetragen wurde, darüber zum Schutze der Wäsche eine nur am Hals befestigte Mullschürze. Nach vier bis fünf Einreibungen bot sich folgendes Bild: Aus der im allgemeinen dunkelrotbraun gefärbten Haut hoben sich die einzelnen Akneknoten intensiv gerötet prall nach oben heraus, die Oberhaut strammte sich, dünne braune Epidermisfetzen stießen sich ab, Pusteln, vereiterte Follikel, oberflächliche Knoten und Abszesse öffneten sich, zum Teil trat bereits ihr Inhalt frei an die Oberfläche. Während dieser ersten Cignolinbehandlung bestand mit der Entzündung der Haut zunehmendes Brennen, vereinzelt auch Jucken; die am Abend behandelten Patienten vermochten jedoch am Tage ihrem Berufe nachzugehen.

Wichtig ist nun der Augenblick der Abheilung. Soll ein günstiges Resultat erzielt werden, darf erst dann der Entzündung entgegengewirkt werden, wenn Straffen der Haut, Schälung, kleine Blasen, Ödem oder starkes Brennen auftreten. Nach diesem Maßstab allein ist auch die Dauer der Behandlung mit geringer konzentrierten Salben zu bemessen.

Zur Abheilung nahmen wir die Unnasche Zinkschwefelpaste, um neben der Bekämpfung der Entzündung eine neue bakterizide Wirkung, nämlich die des Schwefels, nach der des Cignolins einzuleiten und die Abschälung wie die Verheilung der Defekte zu beschleunigen. Dies dauerte etwa sechs Tage bei zwei Einreibungen täglich; Talgpfröpfe und offene Abszesse wurden dabei manuell entleert. Nach einem Reinigungsbade folgte ein zweiter Zyklus von fünf bis sechs Cignolineinreibungen. Hierbei ist die Haut weit weniger gegen Cignolin empfindlich, sie wird wohl rotbraun, jedoch ohne Entzündungserscheinungen und Schmerzen; nur die noch affizierten Stellen und frischen Narben treten gerötet und ödematös hervor. Die obersten Schichten der Keloide schälen sich ab, die zerklüfteten Narbengruben heben sich. Die Haut verliert im ganzen ihren fettigen Glanz und die mit Pflaster bedeckten Stellen zeigen, daß nicht nur fettige nekrotische Massen abgestoßen, sondern infolge der benachbarten Cignolinwirkung schon fast glatte Verheilung der sonst resultierenden Löcher eingetreten ist. Nach der nun folgenden allgemeinen Abheilung mit Zinkschwefelpaste bzw. Pasta sulf. cuticolor cum Lykopodio trat der glänzende Erfolg dieser Kur erst klar hervor — die Haut war bis auf alte Narbenstränge fast vollkommen glatt, trocken und ohne derbe Verdickungen. Auf den Narbensträngen schloß sich an die Cignolinbehandlung die Kollagenverdauung mittels Pepsinborsäureguttaplast (nach Unnas Vorschrift bei Beiersdorf-Hamburg hergestellt), dessen Gebrauch nach Beendigung der Aknekur noch längere Zeit fortzusetzen wäre. Wäre ausnahmsweise nach dem zweiten Zyklus der Fettglanz der Haut nicht behoben, so ist noch weitere Cignolinbehandlung, bis die Haut trocken ist, anzuschließen. Der Anwendung innerer Mittel, wie Schwefel, Hefe, Arsen, sowie der Nachbehandlung mit einer spezifischen Seife zur Sicherung des Erfolges steht natürlich nichts im Wege; dies kam bei unseren auch ohnedies geheilten Fällen aber nicht zur Anwendung.

Die für schwere Aknefälle hier angegebene Cignolin-Schwefelkur dauert drei bis vier Wochen, bereitet nur im Beginn einige Schmerzen, stört aber nicht in der Berufstätigkeit. Gegenüber allen bisher bekannten

Digitized by Google

Behandlungsarten hat sie den Vorzug einer einfachen, schnellen und radikalen Methode, bei der eine in ihrem Stoffwechsel völlig veränderte, bis auf alte Narbenstränge normale, d. h. glatte und trockene Haut resultiert.

Literatur.

Galewsky, Über Cignolin, ein Ersatzpräparat des Chrysarobins. Derm. W., 1916, S. 113. — Unna, Cignolin als Heilmittel der Psoriasis. Derm. W., 1916, S. 116. — Bruck, Über die Schuppenflechte im Kriege und ihre Behandlung mit Cignolin. Derm. W., 1916, S. 755. — Meirowsky und Stiebel, Cignolin, ein Ersatzpräparat für Chrysarobin. M. m. W., 1916, Nr. 46. — Ihle, Cignolin, ein deutsches Antipsoriatikum. Derm. W., 1917, S. 170. — Galewsky, Cignolin, ein synthetisches deutsches Chrysarobin. D. m. W., 1917, Nr. 8. — Saudek, Therapeutische Erfahrungen mit Cignolin. Derm. W., 1917, S. 757. — Werler, Über die moderne Behandlung der Schuppenflechte in Bad Nenndorf. 1918. — Unna, Über die Einwirkung von Cignolininjektionen auf das Hautgewebe. Derm. W., 1919, S. 811.

Versammlungen.

18. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Berlin.

Oktober 1920.

Pinkus erstattete den Jahresbericht.

Durch Vereinfachung der Organisation, Zusammenfassung der Ortsgruppen in Landesverbände, durch Zusammenarbeit mit staatlichen Verwaltungskörpern ist zu erwarten, daß der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten ein fester Wall entgegengesetzt werden kann.

Blaschko über den **Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.**

Er stützt sich im wesentlichen auf die Arbeiten der Sachverständigen-Kommission der D. G. B. G. und setzt an Stelle der bisherigen Reglementierung weniger eingeschriebener Prostituierter ein System rein ärztlicher Überwachung aller gemeingefährlicher Geschlechtskranker beiderlei Geschlechts.

Ein solches Gesetz kann nur einen kleinen Teil jener Abwehrmaßnahmen bringen, welche bei Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wirksam sind: Aufklärung, Prophylaxe, Therapie, soziale Einrichtungen usw.

In dem Gesetz enthalten ist die Belehrungspflicht der Ärzte, ein Behandlungsverbot durch nichtapprobierte Ärzte und das Verbot des Annoncierens — gleichzeitig eine beschränkte, aber keine allgemeine Anzeigepflicht —; letztere wäre nach B. schädlich und würde die Kranken minderwertigen Elementen in die Arme treiben.

Die Geschlechtskrankheiten verbreiten sich vor allem durch den Geschlechtsverkehr; aber es gibt keine Maßnahme, zu verhüten, daß Geschlechtskranke geschlechtlich verkehren.

Man kann also nur dafür sorgen, daß sie sachgemäß behandelt werden.

Wenn ein Patient angezeigt wird, ist er ja schon in Behandlung, und er kann doch erst dann vom Arzt angezeigt werden, wenn er sich in dessen Behandlung begeben hat; daher ist eine Anzeige entbehrlich.

Um zu erreichen, daß Pat. in Behandlung verbleibt, bedarf es nicht der Meldung aller Kranker, sondern höchstens derer, die der Behandlung sich entfernen.

Freilich dürfte die Meldung nicht sofort an die Gesundheitsbehörde, sondern an eine Beratungsstelle erfolgen, und es sollte (wie in Mannheim) vordem dem Arzt noch das Recht zustehen, säumige Patienten zu mahnen.

Wünschenswert ist die Anzeige der Infektionsquelle, wie sie in Schweden und der Schweiz sich bewährt hat.

Der Vorschlag, daß die Kranken sich selbst dauernd melden sollen, bedarf keiner ernsthaften Diskussion und nimmt weder auf die Psychologie der Kranken noch auf die Vielfältigkeit des Lebens und der Krankheitsfälle Rücksicht. G. Loewenstein-Berlin.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Annales des Maladies Vénériennes.

Heft 1, Januar 1919.

Versuch einer vervollkommneten Reglementation für die Übergangsperiode, von Gougerot. Eine Fortsetzung des Artikels in der vorhergehenden Dezembernummer. Dieser enthält das vom Verf. aufgestellte Reglement, das die zwischen den Abolitionisten und Reglementaristen bestehenden Gegensätze zu überbrücken und beiden Parteien gerecht zu werden sucht und mit dem Verf. den Mißbrauch der Reglementation verhüten und ihre Nachteile auf ein Minimum reduzieren zu können glaubt. Da dieses Reglement nur einen Teil eines großen Gesamtprogramms für den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten bildet, so stellt Verf. dieses große Programm hier nochmals zusammen. Es deckt sich mit den diesbezüglichen, in früheren Nummern dieser Zeitschrift niedergelegten und bereits in Referaten wiedergegebenen Ausführungen des Verf. und enthält nichts Neues. Der zweite Teil der Fortsetzung enthält eine ausführliche kritische Prüfung der verschiedenen von den Abolitionisten gegen die Reglementation vorgebrachten Einwendungen, zu deren Verwerfung Verf., der nur „Abolitionist im Prinzip" ist, durchweg gelangt.

Die Syphilis des Nervensystems bei den Eingeborenen Algeriens, von Jean Montpellier. Zur Bestätigung der bereits in einer früheren Publikation vertretenen Anschauung, daß die Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit im Verlauf der Syphilis bei den Eingeborenen Algeriens ebenso häufig wie bei den Europäern sind, und daß es sich dabei nicht nur um ein oberflächliches und vorübergehendes Befallensein des Zerebrospinalnervensystems handelt, sondern um tiefergehende und dauerhaftere Affektion desselben mit Gewebsstörungen, veröffentlicht Verf. acht weitere diesbezügliche Beobachtungen. Sie betreffen teils Hemiplegien, teils Meningomyelitiden entweder mit Beteiligung der Hirnnerven oder mit Paraplegie. Alle boten mehr oder weniger starke Veränderungen der Lumbalflüssigkeit, sei es in Form von Hypertension oder Steigerung des Albumingehaltes, oder Vermehrung der figürlichen Elemente, bisweilen auch positive WR.

Heft 2, Februar 1919.

Klinischer Lehrstuhl der Haut- und syphilitischen Erkrankungen (Hospital Saint Louis), Eröffnungsvorlesung, von Jeanselme. Auszug aus der Eröffnungsvorlesung, der eine kurze Betrachtung über die weite Verbreitung der Syphilis und ihre dementsprechende Wichtigkeit enthält, sowie über die Bildungsmöglichkeiten, die diesbezüglich die Klinik den jungen Medizinern bietet.

Die blennorrhagischen Schanker, von R. Bernier. Verf. hat diejenigen blennorrhagischen Ulzerationen im Auge, die den Anblick von wirklichen Schankern, sei es harten oder weichen, vortäuschen. Beim Mann sitzen sie gewöhnlich an der Glans, auch auf dem Penis oder am Rande des Anus, bei der Frau sind sie gewöhnlich multipel, rund, können aber auch die Form einer Fissur oder Rhagade annehmen, wenn sie sich in einer Schleimhautfalte entwickeln, und sitzen gewöhnlich an der Harnröhrenöffnung, am Collum uterinum, an der Öffnung des Ausführungsganges der Bartholinischen Drüsen oder auch am Analrand. Verf. hat mehrere derartige Fälle beobachtet: bei dem einen am Präputium unterhalb des Bändchens eine zweifrankstückgroße runde Ulzeration mit glattem, muskelfleischrotem Grund, indurierter Basis, in der Leiste Lymphadenitis, aber ohne Eiterung; bei dem anderen eine ebenso große ovaläre Ulzeration an der Rückfläche des Penis, mit gelblichem Grund, weich, absondernd. In einem dritten Fall war Ulcus molle der Glans diagnostiziert worden. In den letzteren beiden Fällen Komplikation mit suppurativer Lymphadenitis. Die Diagnose kann nur durch das Mikroskop entschieden werden. Analog den Chancres mixtes können auch diese blennorhoischen Schanker gemischte sein. Verf. beschreibt einen Fall, bei dem die durch den Gonokokkennachweis als blennorrhoisch gekennzeichneten Ulzerationen später in syphilitische übergingen, und einen weiteren, bei dem Komplikation zwischen Blennorhoe und Ulcus molle bestand.

Drei neue Fälle von syphilitischen Schankern des Fingers und ein Fall von Schanker der Palma manus, von Levy-Bing, Gerbay und Bonnet. Im ersten Falle

Digitized by Google

handelte es sich um Schanker des Zeigefingers, frankstückgroß, an dorsaler und palmarer Fläche in Höhe des Gelenks zwischen zweiter und dritter Phalanx; Ansteckung durch Biß im Verlauf eines Streites. Im zweiten Falle Kombination zwischen typischem Schanker des Penis, Schanker des Zeigefingers in Höhe des Gelenks zwischen erster und zweiter Phalanx und erbsengroßem, vollkommen rundem Schanker der Palma manus unterhalb der Beugefalte zwischen letzterer und der ersten Phalanx des Index; Ansteckung durch Koitus. Drittens großer Schanker an der Dorsalfläche des rechten Zeigefingers in Höhe des Gelenks zwischen Grund- und Mittelphalanx. Art der Infektion unbestimmt.

Zusammensetzung eines Necessaires für individuelle Prophylaxe, von Gambier. Das Necessaire enthält drei Metalltuben von verschiedener Farbe, von denen die eine eine Seifenemulsion ohne Alkohol, ohne Säure und ohne Antiseptikum enthält, um durch die Einseifung eine Reizung der Schleimhäute zu vermeiden, die andere ein 3%iges Protargolgelee, die dritte eine 33%ige Kalomelpomade. Verf. glaubt, daß das Necessaire den Eigentümlichkeiten der französischen Mentalität glücklich entspricht.

Die drei Verfahren der Prophylaxe „après" und drei Modelle von individuellen prophylaktischen Necessaires, von Gougerot. Verf. beschreibt die drei Methoden, nach denen die individuelle Prophylaxe vorgenommen werden kann: 1. bei der Prostituierten. Verf. wünscht, daß im Zimmer jeder Prostituierten Material zu haben ist und ein Anschlag angebracht wird, der die vor und nach dem Geschlechtsakt vorzunehmenden hinlänglich bekannten prophylaktischen Maßnahmen beschreibt. 2. Das prophylaktische Kabinett, eine ursprünglich militärische Einrichtung, die Verf. aber auch im Zivilmilieu einbürgern möchte. 3. Individuelle prophylaktische Taschennecessaires, von denen Verf. drei Modelle angibt. Das erste enthält neben Kalomelpomade und Seife Protargoltabletten und eine Spritze, die so eingerichtet ist, daß in ihr die Tabletten gleich in Wasser aufgelöst werden können. Dieses Modell ist nur für ein bestimmtes intelligentes Publikum bestimmt (Studenten, Offiziere). 2. Das im vorhergehenden Artikel beschriebene Modell von Gambier. 3. Das „populäre" Modell, klein und nur für einmaligen Gebrauch, enthaltend neben den übrigen Ingredienzien 2%ige halbflüssige Protargolpomade. Zum Schluß betont Verf., daß es vor allem auf eine tüchtige Propaganda für diese Methoden ankommt.

Heft 3, März 1919.

Syphilis der Leber, Perihepatitis und Komplikationen der Nachbarschaft, von J. du Castel. Affektion eines 25jähr. Mannes, die mit Magen- und Darmerscheinungen begann: epigastrischem Schmerz und Vorwölbung, halbflüssigen Stühlen, starker Druckempfindlichkeit des Epigastriums, weicher, nicht genau abgrenzbarer Tumor im Epigastrium. Radiographie ergab, daß der Tumor mit der Leber zusammenhing, sich in die kleine Kurvatur einfügte und an den Pylorus fixiert war; extreme Magendilatation. WR stark positiv. Auf spezifische Behandlung hin völlige klinische Wiederherstellung, radioskopisch Verkleinerung des Tumors.

Dercumscher Symptomenkomplex durch syphilitischen Hypoovarismus, von J. C. Mussio Fournier. 37jährige verheiratete Pat., die, immer relativ mager, 3 Jahre vorher plötzlich anfing, dick zu werden genau zur gleichen Zeit, zu der Erscheinungen von Insuffizienz der Ovarien auftraten (spärliche sero-sanguinolente Menstruation, Aussetzen und Unregelmäßigkeit der Menstruation, Anfälle von Hitze im Gesicht). Der Fettansatz betraf den ganzen Körper mit Ausnahme der Hüfte. Nur an letzteren kann die Haut in Falten in die Höhe gehoben werden, am übrigen Körper ist sie mit dem Panniculus adiposus verschmolzen. Palpation des letzteren auf der rechten Körperseite an Arm und Bein schmerzhaft. Gleichzeitig Auftreten nächtlicher osteoskopischer Schmerzen, Schlaflosigkeit, Schwäche, Ekchymosen des Integuments beim geringsten Chok. Vor fünf Monaten leichte rechtsseitige Hemiplegie. Verf. hält sich trotz der negativen WR für berechtigt, eine Pathogenese auf syphilitischer Basis anzunehmen. Er führt hierfür an die Anamnese (sechs Jahre lang bestehender und auf spezifische Behandlung hin verschwindender Hautausschlag), Narben syphilitischer Gummen auf der Haut, Erfolg der antisyphilitischen Behandlung, auf die hin nächtliche Knochenschmerzen und Kopfschmerzen verschwanden, die Funktion der Ovarien geregelt, die Schwäche beseitigt und die Schmerzen des Panniculus adiposus vermindert wurden.

Zwei syphilitische Schanker von seltener Lokalisation: Schanker des Telephonisten und Schanker des Kochs, von Gougerot, Léon Levy und Clara. Der erstere saß an der linken Wange in Höhe des Mundes, da wo der Rand des Hör-

Digitized by Google

rohrs gegen die Oberlippe reibt. Verf. nimmt an, daß vor dem Infizierten ein mit Plaques muqueuses behafteter Syphilitiker gesprochen und dabei mit Spirochäten versehene Speicheltröpfchen auf den Rand des Hörrohrs deponiert habe. Den am Rande des Oberkieferzahnfleisches entsprechend der Stelle der ausgefallenen Schneidezähne sitzenden Schanker des Schützengrabenkochs erklärt Verf. mit der Gewohnheit dieser Leute, ihr Feuer mit einer am Ende abgeschnittenen Bajonettscheide anzublasen. Er nimmt an, daß vor dem Infizierten sich ein Syphilitiker desselben Instruments bedient habe.

Verruköse papulöse Epidermitiden an den Geschlechtsorganen bei Blennorrhoikern, von Gougerot und Clara. Verff. verstehen darunter wenig ($^1/_2$—1 mm) vorspringende winzige Verdickungen von schmutziggrauer (bei Negern schwarzer) Farbe mit ebener, aber leicht gekörnter Oberfläche und bald scharf abgeschnittenen, bald allmählich in die gesunde Epidermis übergehenden Rändern. Bald sind es kleine Papeln von 2—6 mm, bald diffuse Flächen von mehreren Zentimetern Ausdehnung. Sitz besonders an den Geschlechtsorganen, Skrotum, Penis, Präputium, Glans, aber auch innere Fläche der Oberschenkel, Pubes. Da sich die Läsion in kein bekanntes Krankheitsbild einreihen ließ, schreibt Verf. die Ursache den Gonokokken zu.

Heft 4, April 1919.

Novarsenobenzol; seröse Apoplexie; Adrenalin, von G. Milian. Es handelte sich um einen 32jährigen Kranken, der Erscheinungen von Nebenniereninsuffizienz bot: schlechten Allgemeinzustand, erdigen Teint, der an Pigmentation grenzte, milchkaffeebraune Hautfarbe, schwärzliche Flecken auf der Lippenschleimhaut. Außerdem bestanden große Perforationen des Gaumensegels und der Nasenscheidewand. Dieser Kranke erhielt 0.45 Novarsenobenzol intravenös. Daraufhin schwere Krankheitserscheinungen: andauernd Fieber, Schwäche, Anorexie, schließlich in der Nacht vom 4. zum 5. Tag nach der Einspritzung nach heftigen Kopfschmerzen Delirien und Bewußtlosigkeit. Nachdem auf Verabreichung von Adrenalin per os geringe Besserung eingetreten war, wird 1 mg Adrenalin intramuskulär und $^1/_2$ mg subkutan injiziert. Unmittelbar darauf bedeutende Besserung, die weiterhin anhält. Drei weitere Injektionen von 0,45 Novarsenobenzol in Abständen von 8—10 Tagen werden gut vertragen, bei der zweiten wurden 10 Minuten vorher $2^1/_2$ mg Adrenalin per os gegeben. Eperimenti causa, um die Toleranzgrenze festzustellen, wurde dann am nächsten Mal 0,55 Novarsenobenzol ohne Adrenalin verabreicht. In der darauffolgenden Nacht derselbe Zustand von Koma, den Verf. als seröse Apoplexie bezeichnet, wie nach der ersten Injektion. Zunächst Adrenalin per os, dann je 1 mg intramuskulär und subkutan, da trotzdem noch keine Besserung, $^1/_4$ mg intravenös. Fast unmittelbar darnach Besserung, weiterhin anhaltend. Nach größerer Pause (20 Tage) intravenöse Injektion von 0,6 Novarsenobenzol zusammen mit $^1/_4$ mg Adrenalin, die bei gleichzeitiger häufigerer Verabreichung von 2—3 mg Adrenalin per os in der nachfolgenden Zeit durchaus gut vertragen wurde. Bei Verfahren genau in der gleichen Weise wurden nach Pausen von 10—12 Tagen 0,7, 0,8 und 0,9 Novarsenobenzol gut vertragen. Der Kranke wurde geheilt entlassen. Verf. hebt zum Schluß den bedeutenden sowohl vorbeugenden wie heilenden Einfluß des Adrenalins hervor und macht auf verschiedene Eigentümlichkeiten dieser Wirkung aufmerksam, so auf den belebenden Einfluß, den das Adrenalin auf die untätige Muskulatur hat, die erheblich stärkere Wirkung, die die intravenöse Applikation gegenüber der subkutanen und intramuskulären hat und die eigentümliche, paradox zu nennende Erscheinung, daß das Adrenalin die Blutdruckerhöhung, die die intrazerebrale seröse Exsudation mit sich bringt, innerhalb weniger Minuten nach der Injektion herabsetzt. Mit der Injektion sind gewisse Reaktionserscheinungen verbunden: Blässe des Gesichts, allgemeines, sehr heftiges Zittern, Tachykardie (Verf. bezeichnet sie als Leukoreaktion), die aber sehr bald wieder verschwinden. Die Injektion muß deshalb sehr langsam vorgenommen werden.

Über einen Fall von gleichzeitigem syphilitischem Schanker des Zahnfleisches und der Klitoris, von Jean Montpellier und Jean Lebon. Papulo-erosive Läsion des Klitorisüberzugs, einen Monat alt. Zu gleicher Zeit hiermit hatte sich am oberen Zahnfleisch um den Hals des linken oberen Schneidezahns herum eine Schwellung entwickelt, eine Art Neubildung. Submaxillare Drüsenschwellung. Ursache eingestandenermaßen Coitus ab ore.

Über einen Fall von eitriger Epididymitis blennorrhoischer Natur, von Jean Montpellier und Jean Lebon. Bei einem Blennorrhoiker hat sich sieben Wochen

Digitized by Google

nach der Infektion eine bereits seit einem Monat bestehende Epididymitis bedeutend verschlimmert. Nachdem Punktion Eiter ergeben hatte, operative Evakuation des Eiterherds. Vernarbung der Inzisionswunde bereits in sieben Tagen.

Heft 5, Mai 1919.

Syphilis vortäuschende Verbrennungen der Geschlechtsorgane durch toxische Gase und Syphilis maskiert durch solche Verbrennungen, von Gougerot und Clara. Verff. unterscheiden zweierlei Fälle, die venerologisch interessant sind: 1. die Verbrennung beschränkt sich nur auf die Genitalien, 2. allgemeine Verbrennung, an den Gliedern sowohl wie an den Geschlechtsorganen, die Affektion letzterer aber langsamer heilend, hartnäckig ulzerös bleibend. Bei beiden Arten hat er nicht selten Fälle gefunden, die Syphilis glichen. Die Entzündung der Verbrennungen der Glans und des Penis gibt fast immer eine Phimosis oder Paraphimosis mit oft voluminösem Ödem; infolge sekundärer subpräputialer Entzündung schwellen die Drüsen. Allein die Entwicklung erlaubt, Syphilis zu eliminieren. Verff. bringen verschiedene derartige Fälle, auch in Abbildung, schließlich auch einen Fall, bei dem sich hinter einer Verbrennung ein sich mit Gangrän komplizierender Schanker verbarg und die Diagnose erst durch das Auftreten des Exanthems ermöglicht wurde.

Die Arrhythmien der sekundären Syphilis, von J. du Castel. Tachykardie im Verlauf der sekundären Syphilis bleibt mäßig sowohl an Häufigkeit des Vorkommens wie an Intensität. Puls oft irregulär, dies kommt her 1. von Störungen der Erregbarkeit des Herzens in Form der Extrasystole, sehr häufig als brüsker Chok auf die Brustwand empfunden, 2. von respiratorischer Arrhythmie. Ferner kommt vor Arrhythmie im Stehen oder orthostatische Tachykardie. Zusammenfassend kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Arrhythmien der sekundären Syphilis ohne jede schwere Bedeutung sind. Die Extrasystolen verschwinden in dem Maße, in dem die sekundäre Periode vorübergeht.

Ein Fall von weichem Schanker des Fingers, von Levy-Bing und Gerbay. Verff. bezeichnen die weichen Schanker der Finger als sehr selten, sie haben unter 15000 Venerischen noch keinen Fall gesehen. Es handelte sich um einen Schanker, der sekundär solchem des Gliedes war, ein ovaläres Geschwür von der Größe eines 50-Centimesstückes an der Dorsalfläche des linken Zeigefingers über dem Gelenk zwischen Grund- und Mittelphalanx, entstanden aus einer Schnittwunde. Diagnose erwiesen durch den Befund von Ducreybazillen. Vollkommene Heilung.

Heft 6, Juni 1919.

1500 Fälle von syphilitischen Schankern, beobachtet in einem venerologischen Armeezentrum (Untersuchungen über die Inkubationsdauer der Syphilis), von Levy-Bing und Gerbay. Ein Bericht, der Wert auf gewisse Eigentümlichkeiten der Schanker (Multiplizität, Sitz, klinische Varietäten u. a.) legt, im wesentlichen aber nichts Neues bringt. Bezüglich der Inkubationsdauer werden sehr komplizierte mathematische Formeln aufgestellt, um schließlich zu dem Resultate zu gelangen, daß die mittlere Dauer 34 Tage beträgt.

Ein Todesfall nach Salvarsaninjektion, von Marcel Sée. Nachdem eine 19jährige Pat. anderwärts bereits 5 Einspritzungen von Novarsenobenzol erhalten hatte, bekam sie vom Verf. 0,3, was gut vertragen wurde. 8 Tage später 0,45. Nach einer leichten epileptischen Krise in der Nacht vom 3. zum 4. Tage nach der Einspritzung abermals Konvulsionen mit Trismus, dann Koma. Unter ständigem Ansteigen der Temperatur Tod in der darauffolgenden Nacht. Keine Autopsie. Die Pat. soll Epileptikerin gewesen sein.

Zwei Fälle von syphilitischen für Blennorrhoen angesehenen Schankern der Harnröhre, von J. Montpellier. Im 1. Fall war 4—5 Tage nach dem vor 2 Monaten stattgefundenen letzten Koitus eine wenig reichliche Absonderung erschienen. In der Urethra 4 cm vom Meatus schlecht abgrenzbarer kleiner Knoten. Erst weitere Fortschritte derselben und beginnende Roseola brachten die Diagnose. Der 2. Fall hatte in der gleichen Weise begonnen, war aber bereits fortgeschrittener, Harnröhre im Bereich der Glans in ein hartes und dickes Rohr verwandelt, Lippen geschwollen.

Zwei Fälle von Schankern der Harnröhre (weicher und syphilitischer Schanker), von A. Levy-Bing und L. Derveux. Verff. sind der Ansicht, daß die normalerweise stark vorhandene phagozytäre Kraft der Harnröhre herabgesetzt wird,

Digitized by Google

wenn durch eine Blennorrhoe ihr Zylinder- in Pflasterepithel umgewandelt wird. Im 1. Fall des weichen Schankers bestand dann auch gleichzeitig Blennorrhoe und erst der sich bildende Bubo machte aufmerksam und ließ das 4—5 mm von der Harnröhrenöffnung sitzende, durch das Vorhandensein von Ducreybazillen als Ulcus molle erwiesene Geschwür finden. Im 2. Fall war der Kranke im Jahre vorher 6 Monate lang an einer chronischen Urethritis behandelt worden. Die Entdeckung des $4^1/_2$ cm hinter der Harnröhrenöffnung sitzenden Schankers wurde erschwert durch die Koexistenz einer Ulzeration des Präputiums, die der bei dem Kranken bestehenden Krätze zugeschrieben werden mußte.

Heft 7, Juli 1919.

Beitrag zum Studium der erworbenen Syphilis des Kindes bei den marokkanischen Eingeborenen: Häufigkeit, primäre und sekundäre Formen, von Decrop und Salle. Verff. haben in ihre Studie nur die Kinder bis zu 12 Jahren aufgenommen. Sie verfügen über 165 Beobachtungen in 3 Jahren. Der Primäraffekt hat fast immer extragenitalen Sitz, und zwar vorwiegend am Mund oder in dessen Umgebung, an den Geschlechtsteilen dann, wenn die Übertragung bei der Zirkumzision geschehen ist. Roseola verläuft konstant unbemerkt. Die folgende Papel hat zwei verschiedene Typen: 1. miliären, weniger häufig, in disseminierter Form Rumpf, Glieder, in geringerem Grade das Gesicht einnehmend. Häufig Nekrotisierung der Spitze oder der ganzen Effloreszenz zu einer akneiformen oder varioliformen pustulösen Läsion mit schließlicher Eintrocknung zur Kruste; 2. den häufigeren lentikulären, leicht schuppig, Dimension 3—5 mm, kreisrund gelblichrosa bis kupfer- oder muskelfleischrot, Lokalisation dieselbe wie bei 1; später Bildung mehr oder weniger kompleter Kreise oder einzelner Riesenpapeln, Umwandlung letzterer zu vorübergehender vesikulöser oder pseudobullöser, schließlich zur impetiginösen oder ekthymatösen Form. Die sekundären Schleimhautaffektionen sind sehr konstant und dauerhaft und bilden den wesentlichen Faktor der Übertraguug. Sie sind sehr oft die einzige Manifestation der Krankheit. Bevorzugte Plätze sind: die Lippenkommissuren, Zunge, Lippen, Innenfläche der Wangen, Analregion, seltner Gaumensegel, Mandeln, Larynx, Genitalregion. Im allgemeinen halten Verff. die sekundärsyphilitische Septikämie für den kindlichen Organismus nicht für bösartig.

Roseola purpurica, von A. Levy-Frankel. An der Unterlippe riesiger, teilweise gangränöser Schanker. Außerdem Papeln, besonders zahlreich im Gesicht. Außer letzteren am Thorax und den Extremitäten auch purpurrote Petechien. Ober- und unterhalb der Ellenbeuge Kombination beider Läsionen: kleine Hämorrhagien im Bereich der Papeln. Rasches Verschwinden auch dieser purpurroten Flecken auf spezifische Behandlung hin. Verf. schreibt diese Roseola einer speziellen Wirkung des Treponema bei, vielleicht auch einer Mischinfektion.

Protargol-„Crayons" für die individuelle Prophylaxe, von H. Gougerot. Der verschiedenen Nachteile wegen, die einer Lösung von Protargol anhaften, schlägt Verf. die Verwendung von nach Art der medikamentösen Bougies beschaffenen Protargolstifte vor, die nach dem Geschlechtsakt eingeführt werden und bei Körpertemperatur schmelzen.

Unbezwingbares Nasenbluten infolge verkannten Gummas, von Mourier. Ein Kranker, bei dem keine übrigen Erscheinungen auf Syphilis hinwiesen, blutete aus der Wölbung der Nasengrube während 8 Tagen so stark, daß 2—4mal pro Tag tamponiert werden mußte, ohne Erfolg, so daß schließlich beträchtliche Anämie eintrat. Während Druckschmerz des inneren Augenwinkels an Sarkom denken ließ, ergab die schließlich angestellte Anamnese Syphilis unter den Antezedentien. Auf spezifische Behandlung hin Verminderung und baldiges Sistieren der Hämorrhagie.

Phagedänische Genitalulzeration auf Grund fusospirillärer Symbiose, von Paul Meurisse. Eine durch einen Holzzweig an der Glans erhaltene Wunde heilte nicht, sondern bildete sich zu einem dreieckigen, 4 mm in das darunterliegende Gewebe reichenden Geschwür mit graugelbem Belag aus. In der fötiden Suppuration fusiforme Bazillen und Spirillen. Gleichzeitig typische Tertiana, schlechter Allgemeinzustand. Auf intravenöse Einspritzungen von Novarsenobenzol, lokale Bäder mit dünner Kal.-perm.-Lösung schnelle Besserung sowohl des Allgemeinzustandes wie des Geschwürs. Plötzliche Wiederverschlimmerung nach Grippeanfall. Auf JK in großen Dosen Besserung. Nach Aussetzen der Medikation wegen Jodismus wieder plötzliche Verschlechterung des gangränösen Prozesses, nach Wiederaufnahme dann aber schließliche Vernarbung. Der Malaria erkennt Verf. in der Ätiologie nur eine sekundäre Rolle nach der Richtung der Herabminderung der individuellen Resistenz zu. WR war immer negativ.

Digitized by Google

Heft 8, August 1919.

„Geschriebene Kongresse". Darunter ist zu verstehen ein Ausschreiben, welches die Redaktion zwecks Aufklärung von Fragen von praktischer Wichtigkeit erläßt. Es werden zunächst zur Diskussion gestellt: 1. Prophylaxe der Nervensyphilis, 2. spezifische Behandlung der beginnenden progressiven Paralyse, 3. lokale spezifische intraspinale oder intrakranielle Behandlung der Nervensyphilis.

Syphilis der Araber; die ulzeröse Tertiärsyphilis des Gesichtszentrums, von G. Lacapère. Verf. hat gefunden, daß diese Lokalisation der Lues III, die dieselbe ist wie der Prädilaktionssitz der seborrhoischen Exantheme, einen klinischen Typus erzeugt, der sich nach Gesetzen entwickelt, die Verlauf, Ausdehnung, Vernarbung regeln. Die Ursache hierfür erblickt Verf. einmal in der geringeren Widerstandsfähigkeit der Gewebe dieser Teile des Gesichts, andererseits darin, daß diese Körpergegend physischen Einflüssen, insbesondere der Sonnenbestrahlung so stark ausgesetzt ist. Klinisch hebt Verf. als Eigentümlichkeit hervor die Multiplizität der sich nebeneinander vorfindenden Elementartypen und das Befallensein aller übereinander gelegener Gewebe. Verf. unterscheidet vier Perioden in der Entwicklung: 1. Infiltration, 2. Erweichung, 3. Ulzeration; der Tränenkanal ist hier ein häufiger Verbreitungsweg, der zu einer Dacryocystitis gummosa führt. Diese kann sich auch außen öffnen und sich auf den Tränensack beschränken, aber auch die Orbita ergreifen und zum Einschmelzen des Bulbus führen. 4. Reparation, gewöhnlich zusammen mit der vorigen bestehend, bisweilen mehrere Jahre dauernd und zu gräßlichen Entstellungen führend.

Beitrag zum Studium der Wirkungen der intramuskulären Einspritzungen von Enesol auf die verschiedenen Lokalisationen der Gonokokken, von Bouveron. Ausgehend von der Beobachtung, daß bei Syphilitikern, die mit Enesol behandelt wurden und gleichzeitig eine nicht behandelte blennorrhoische Urethritis hatten, eine Verminderung des Ausflusses eintrat, hat Verf. die Wirkungen des Enesols weiterhin an einer Reihe von Fällen studiert. Es wurden häufig oder aller 2 Tage 0.06 gegeben. In allen Komplikationen, bei denen der Gonokokkus sich im geschlossenen Herd befand, ohne Ausfluß zu produzieren, war bessere Beeinflussung zu verzeichnen als in den offenen Lokalisationen mit Ausfluß, Urethritis, Zystitis, Vulvovaginitis, Urethritis colli, bei denen nur Besserung, aber nicht völliges Verschwinden der Symptome eintrat. Bei der blennorrhoischen Epididymitis beruhigen die Enesoleinspritzungen die Schmerzen und beschleunigen die natürliche Tendenz zur spontanen Rückbildung. Die besten Resultate meint Verf. bei den blennorrhoischen Salpingooophoritiden gehabt zu haben, nicht aber auch ohne gelegentlichen Versager. Bei Rheumatismus blenorrhoicus ist in in mehreren Fällen gleich nach den ersten Einspritzungen Besserung der Schmerzen eingetreten.

Heft 9, September 1919.

„Geschriebene Kongresse". Ausschreiben der Redaktion zur Beantwortung von Fragen, betreffend die WR, ihre Technik, ihre Varianten (Verwendung nicht inaktivierter Sera), ihre Dosierung, die Behandlung des Liquor cerebrospinalis und anderer Körperflüssigkeiten, diagnostischen und prognostischen Wert, Ursachen von Irrtümern und Aufforderung an die Leser, ihre Technik bekanntzugeben.

Ein neues Arsenikpräparat: Sulfarsenol, von Levy-Bing, Lehulsoff-Wyld und Gerbay. Verff. haben an 33 Kranken ein neues Arsenikpräparat, das Sulfarsenol erprobt. Es ist eine Glykolverbindung, bei der ein Hydroxyl durch eine Amidoverbindung des Salvarsans, ein weiteres durch schwefligsaures Natrium ersetzt ist. Es ist sehr schnell löslich auch in nur kleinen Mengen Wasser, ist gut vertragen worden, selbst in großen Dosen (0,9), hat eine sehr schnelle Wirkung auf die Vernarbung von Haut- und Schleimhautläsionen ausgeübt, oft hat hierzu 0,06 genügt. Bei Tabes kann es eine bedeutende Wirkung auf die Schmerzen erzielen. Die Wirkung auf die WR muß noch weiter studiert werden. Die Wirkung auf die klinischen Symptome der Syphilis wird mindestens gleich der des Neosalvarsans angesehen.

Heft 10, Oktober 1919.

Die endokrine hereditäre Syphilis: ihre Rolle in gewissen Dystrophien und Degenerationen des Individuums und der Art, von R. Barthélemy. Verf. nimmt an, daß sich der Einfluß der Heredosyphilis auf die Dystrophien über den endokrinen Drüsenapparat als Zwischenglied vollzieht. Neben Hinweis auf den Umstand, daß die

Digitized by Google

Dystrophien nicht spezifisch zu sein brauchen, auch durch Toxine anderer Art verursacht werden können, daß es infolgedessen ein gemeinsames intermediäres Element, eben den endokrinen Apparat, geben muß, führt Verf. als Nachweis der Läsion der Drüsen mit innerer Sekretion pathologisch-anatomische Befunde an: Vorhandensein der Spirochäten in den Geweben mit oder ohne gleichzeitige Gewebsveränderungen, von letzteren Gummen in Form von Knoten oder von diffuser Infiltration, häufiger Sklerose, bisweilen nur perivaskulär, bisweilen sich auf das ganze Bindegewebe erstreckend. Klinisch muß bei Störungen des endokrinen Apparats immer an Syphilis gedacht und nach ihr geforscht werden (Anamnese, Stigmata, WR). Verf. führt eine Anzahl einschlägiger in der Literatur deponierter Fälle an. Bisweilen ist spezifische Behandlung imstande, alles wieder in Ordnung zu bringen. Mitunter kann man die Konsequenzen der endokrinen Syphilis sogar bei der 3. Generation verfolgen.

Die blennorrhoische Urethritis bei der Frau, von Léon Bizard und Paul Blum. Die Lokalisation des Gonokokkus in der Urethra allein ist nicht selten, besonders bei jungen Mädchen und Nulliparen. Sowohl bei akuter wie bei chronischer Urethritis unterscheiden Verff. eine primäre wie eine sekundäre Form, letztere als Folge einer primären Vulvovaginitis. Bei der chronischen Urethritis kommt es wie beim Mann auch hier oft darauf an, die Absonderung frühmorgens vor Ablassen des ersten Urins festzustellen und zu untersuchen. An klinischen Formen unterscheiden Verff.: 1. Urethritis canalis, bei der in solche oberhalb und unterhalb des Diaphragma geteilt wird, 2. Urethritis der Region des Meatus, bisweilen kleine follikuläre Abszesse und Zysten bildend mit Neigung sich zu öffnen und Fisteln zu bilden, 3. Urethritis der Skeneschen Drüsen; in der Hälfte aller Fälle, 4. latente Form, bei der allein Abschabung der Mukosa erlaubt, den Gonokokkus in den Epithelien zu entdecken, und bei der unvorhergesehenes Wiederauftreten desselben nicht selten ist. Von Komplikationen sind Striktur und Urethrozele selten, häufiger polypöse Wucherungen, die die Harnröhrenöffnung umgeben. Die akute Urethritis setzt sich häufig auf die Blase fort, kenntlich durch Pollakiurie, Pyurie, Hämaturie. Alle Formen der Urethritis verlaufen sehr langsam und bestehen sehr hartnäckig.

Ein Fall von Papillom an der Wangenschleimhaut, von Levy-Bing und Gerbay. 22jähr. Araber mit typischem Schanker, WR ++++, keine Sekundärerscheinungen. Auf der Schleimhaut der Innenfläche der rechten Wange in Höhe der Zwischenlinie zwischen den Zähnen eine Menge von kleinen Vorsprüngen, die einen halbkugelig und fest aufsitzend, die anderen umfangreicher, gestielt, mit höckeriger Oberfläche. An der Peripherie dieses 3 cm langen, 8 mm breiten Herdes einige isolierte Elemente von Kleinstecknadelkopfgröße und kaum wahrnehmbarer Erhebung. Normale Schleimhautfarbe. Nur geringe subjektive Beschwerden. Therapie: Abschabung mit der Kürette. E. Klemm-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Die Erkrankungen des Magens bei Lues und Konstitution, von R. Kleissel. (M. m. W., 1919, Nr. 33 u. 34.) Das Ergriffenwerden des Magens bei der luetischen Infektion läßt sich nach K. nicht durch die Annahme eines zufälligen Haftens von Spirochäten an der Magenwand oder des Verschluckens derselben mit Speichel zusammen befriedigend erklären; er sieht vielmehr die Ursache der Mitbeteiligung des Magens in letzter Linie in einem angeborenen Defekt in der anatomischen Zusammensetzung desselben. Nachdem er in einer früheren Arbeit, welche er hier kurz rekapituliert, Beweise für das Vorkommen von spezifisch syphilitischen Gastritiden erbracht hat, bringt er nunmehr die Ergebnisse einer Durchforschung der Obduktionsprotokolle von 4 Jahrgängen des Wiener pathologischen Instituts über Fälle von Magenerkrankung bei Luikern mit dem Gedanken, Merkmale einer Konstitutionsanomalie etwa im Sinne der Paltauf-schen lymphatischen Diathese nachzuweisen. In der Tat fand es sich, wie die mitgeteilten anatomischen (und klinischen) Diagnosen ergeben, daß unter 16 Fällen von Konstitutionsanomalien bei Luikern 14 eine Beteiligung des Magens aufwiesen; hingegen fand sich unter 20 Fällen von Lues ohne Konstitutionsanomalie nur ein einziger Fall von Magenerkrankung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Syphilitische Stenose der Trachea, von CADE und BRETTE. (Soc. méd. des Hôp. de Lyon. Lyon méd., 1920, Nr. 1.) Der seit 19 Jahren an Syphilis leidende Kranke verstarb an Asphyxie, bevor eine spezifische Behandlung eingeleitet werden konnte. Die Autopsie ergab in der Trachea eine Verengerung vom Kaliber einer Gänsefeder, im unteren Teile der Trachea und in den großen Bronchen einen sehr aktiven Entzündungsprozeß mit zahlreichen Ulzerationen. Die Syphilis wurde durch anderweitige Befunde (Iritis, Perforation des Gaumens, alte Orchitis) bestätigt. E. Levin-Berlin.

Über Lungensyphilis, von T. SCHRÖDER-Schöneberg. (M. m. W., 1919, Nr. 49.) Die Lungensyphilis ist selten. Die Diagnose muß sich auf folgendes aufbauen: 1. exakte Anamnese, 2. evtl. luetische Veränderungen in den oberen Luftwegen und an anderen Körperstellen, 3. Lokalisation des Lungenprozesses, 4. Fehlen von Tuberkelbazillen im Sputum, 5. meist protrahierterer Verlauf als bei Tuberkulose, 6. Röntgenbild.

G. Heymann-Elbing.

Beitrag zur Kenntnis der frühsyphilitischen akuten Nephritis, von F. WERTHEIM. (Diss., Bonn 1919.) Aus der HOFFMANNschen Klinik berichtet Verf. über einen einschlägigen in Heilung übergegangenen Fall: Ein 33jähriger Gärtner wurde mit einem reichlichen syphilitischen Ausschlag und starkem Ödem am Penis sowie namentlich am Halse und an der Brust etwa 10—12 Wochen nach verdächtigem Geschlechtsverkehr aufgenommen. Im Urin wurden neben enormen Eiweißmengen (3% nach Esbach) Spirochaetae pallidae nachgewiesen. Nach anfangs sehr bedrohlichen Erscheinungen vergingen unter Behandlung mit Diuretin, Euphyllin, Ungt. cinereum und Salvarsan alle Beschwerden, und die zeitweilig sehr stark positive WR wurde schließlich negativ. Mit diesem aus dem Jahre 1913 stammenden und bereits anderweitig auch besprochenen Fall hat Verf. im ganzen 55 in der Literatur verzeichnete Fälle zusammengestellt. Besonders auffallend ist dabei die erstaunlich hohe Eiweißmenge im Urin, welche zwischen 10 und 70‰ angegeben wird. Die Mortalität berechnete sich auf 13%, dürfte sich aber durch geeignete Behandlung sehr erheblich herabdrücken lassen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Luetische Tracheoösophagusfisteln, von MAX KRASSNIGG-Graz. (W. kl. W., 1920, Nr. 6.) Durchbruch eines Gummas während einer Salvarsanbehandlung mit Sequesterausstoßung. Tod durch Aspirationspneumonie. v. Notthafft-München.

Die syphilitischen Erkrankungen der Luftröhre, von E. NICOLAI-Breslau. (Samml. kl. Vortr., Nr. 781—88. J. A. Barth, Leipzig 1919.) Im allgemeinen ist die Ansicht vorherrschend, daß die eigentliche Luftröhre, d. h. das Gebiet zwischen Ringknorpel und Bifurkation, nur in seltenen Fällen von der Syphilis befallen wird. Verf. hat unter Berücksichtigung auch der ausländischen Literatur 351 Fälle dieser Art gesammelt, von denen der älteste aus dem Jahre 1810 stammt. Er fügt diesen das Sektionsprotokoll aus dem Breslauer pathologischen Institut über ein 23jähriges infolge von Trachealstenose bei Lues congenita verstorbenes Mädchen hinzu und berichtet ferner ausführlich über einen 3jährigen Knaben, welcher in der HINSBERGschen Klinik mit der Diagnose kongenital syphilitischer Prozesse am Munde und Kehlkopf behandelt wurde, aber trotz Tracheotomie und Salvarsanbehandlung zugrunde ging. Schon intra vitam war durch die direkte Tracheoskopie nach KILIAN erkannt worden, daß eine Verengerung noch unterhalb des Kehlkopfes bestand, und durch Einlegen einer geeigneten Kanüle war es zunächst gelungen, die Erstickungsgefahr abzuwenden. Der Tod erfolgte während der Nacht, vermutlich durch Erstickung. Die Sektion wies Geschwürsbildung in der Trachea und zahlreiche geschwollene Lymphdrüsen längs derselben sowie am Mundboden nach. Verf. gibt eine kritische Besprechung des Falles sowie übersichtliche Auszüge aller der von ihm zusammengestellten Publikationen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von Vincentscher Angina mit Vortäuschung eines harten Schankers an der Mandel (Observation d'un cas d'angina de Vincent simulant un chancre dur de l'amygdale), von G. CORNAZ-Lausanne. (Rev. méd. Suisse rom., 1919, Nr. 12.) Ein 26jähriger Mann kam mit der Angabe, sich geschlechtlich abnorm infiziert zu haben, zum Arzt mit einer fünffrankstückgroßen Ulzeration auf der Wangenschleimhaut. Bei unspezifischer Behandlung heilte die Affektion in 9 Tagen; aber 14 Tage später stellte sich Pat. wieder ein mit einer ähnlichen Affektion der rechten Mandel, welche ganz den Eindruck eines Schankers machte. Im Ultramikroskop fand man jedoch im Sekret keine Spirochaetae pallidae, wohl aber viele Exemplare von Sp. refringens. Auf Arsenobenzol (2 Injektionen mit im ganzen 1,15) intravenös und lokal (2 Injektionen zu je 0,6) heilte die Affektion in 5 Tagen vollkommen aus.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Kropf mit Exophthalmus, verursacht durch Gemütsbewegung und Syphilis, von Ch. Pfeiffer-Dijon. (Le Progrès méd., 1920, Nr. 17.) 3 Fälle, die durch heftige Gemütserregungen (Bombardement) bei schon vorher syphilitischen Personen zum Ausbruch kamen, während gleiches bei Hunderten anderer mit ähnlichen Erschütterungen aber ohne Syphilis nicht auftrat. Die Beobachtung ist wichtig für die Behandlung.
E. Levin-Berlin.

Schanker oder syphilitische Erkrankung der Mandeln, von Wechselmann. (Med. Kl., 1920, Nr. 1.) In einem Ehescheidungsprozeß handelte es sich um die Frage, ob eine Mandelaffektion bei einem Patienten mit positivem WR ein Primärsyphilid oder eine Manifestation einer durch Geschlechtsverkehr erworbenen Infektion war. Von dem zuerst behandelnden Arzte und einem Obergutachter war in ihren Gutachten die Affektion als ein Schanker aufgefaßt worden; es war festgestellt, daß der Patient im Militärdienst zwei Tischgenossen hatte, welche nachweislich syphilitisch infiziert waren. W. tritt dieser Auffassung entgegen: bei dem Patienten waren beide Mandeln stark gerötet; Belag entwickelte sich erst auf der einen, dann auf der anderen, während der Mandelschanker so gut wie ausnahmslos nur einseitig auftritt. Ferner war Drüsenschwellung am Halse nicht nachgewiesen worden, und ebenso fehlte jeder Nachweis der bei Mandelschanker stets vorhandenen charakteristischen Härte. Demnach war die Diagnose Mandelschanker abzulehnen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Luisches Leberfieber bei einer 25jährigen auf kongenitaler Grundlage, von Arthur Baer-Homburg v. d. H. (M. m. W., 1920, Nr. 20.) Heilung unter kombinierter Behandlung.
v. Notthafft-München.

Fall von Magensyphilis, von L. Ramond. (Le Progrès méd., 1920, Nr. 1.) Vor 25 Jahren Syphilis, 5 Jahre Rezidive, dreimal Hämatemesis innerhalb 14 Jahren. Als Ursache derselben ist Aortenaneurysma, Ösophagusvarizen, Karzinom ausgeschlossen, nach Anamnese und sonstigen Erscheinungen kann es sich nur um Ulkus durch Syphilis handeln. Magensyphilis kann auch unter anderen Formen auftreten (chron. Gastritis, Pseudocancer, Sanduhrmagen).
E. Levin-Berlin.

Die Ischiatikusneuralgie syphilitischen Ursprungs, von G. Boudet. (Gaz. des Hôp., 1920, Nr. 46.) Daß Syphilis in einer großen Anzahl von Fällen die Ursache ist, zeigen die hier beobachteten 150 Kranken, von denen 58 positive WR aufwiesen, 12 Syphilis zugestanden, 10 syphilitische Antezedentien oder Residuen früherer Erkrankung zeigten, während jeder Traumatismus und psychoneurotisches Element ausgeschlossen waren. Meist lag die Infektion 7—10 Jahre zurück. Sichere klinische Zeichen für die syphilitische Natur sind nicht vorhanden; im allgemeinen scheint die positive WR im Blut zu genügen, die bei jeder ersten Attacke von Ischias zwecks frühzeitiger Behandlung vorgenommen werden sollte. Die Fälle erscheinen langdauernder als die aus anderen Ursachen entstandenen. In seltenen Fällen Übergang in richtige Tabes, doch wurde Ischias nur in den Antezedentien von 4 unter über 100 Tabesfällen gefunden. Die Therapie bestand in intravenösen Einspritzungen von Quecksilberzyanür.
E. Levin-Berlin.

Über die traumatische Entstehung der Tabesparalyse, von Wilhelm Rosenthal. (Diss., Kiel 1917.) Fall bei einem 40jährigen Mann. Die Krankheit entstand im Anschluß an ein Kopftrauma. Das Trauma wird als auslösende Ursache angenommen.
F. Weiler-Leipzig.

Über die frühzeitige Infektion der Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit bei Syphilis (Sur l'infection précoce de l'espace sous-arachnoidien dans la syphilis), von F. Pulido Valente und J. P. Paes Miguens. (Arch. d. Inst. bact. Camara Pestana, 1918. Bd. 5, Nr. 1.) Nach dem Vorgang von Mulzer und Steiner haben Verff. mit positivem Erfolge von einem Falle von Syphilis im sekundären (Roseola-)Stadium mit Lumbalflüssigkeit syphilitische Hodenentzündung beim Kaninchen erzeugen können. Inkubationsdauer: 100 Tage. Im Gegensatz zu Steiner und Mulzer liege der Vorzug ihrer Methode in der Technik, über welche die Arbeit Einzelheiten aufweist. Genauer Angabe der Histopathologie.
Wolff-Wiesbaden.

Über die Ätiologie und die Pathogenese der allgemeinen Paralyse (Sur l'étiologie et la pathogenie de la paralyse générale), von Pulido Valente. (Arch. d. Inst. bact. Camara Pestana, 1918, Bd. 5, Nr. 1.) Diese Arbeit ist ein Beitrag zur Frage, ob die syphilitische allgemeine Paralyse zu betrachten ist als unmittelbare Folge der Ansiedelung der Spirochaeta pallida im Hirn oder als mittelbare Äußerung gewisser durch die Spirochäten entstandenen Toxine. Auf Grund der Beobachtung nicht bloß am Kadaver, sondern auch an Hirnsubstanz und Hirnflüssigkeit, welche der Verf. an einem

Digitized by Google

Material von 40 Paralytikern in vivo mittels eigener Punktionstechnik gewonnen hatte, werden folgende, hier am besten wörtlich in Übersetzung wiedergegebenen Schlüsse gezogen: „Kein Zweifel: Diejenigen, welche nicht in der Spirochaeta pallida das lokale Agens der paralytischen Erscheinungen sehen können, haben dafür zwei Gründe angeführt. Erstlich glauben sie, auf die Unbeständigkeit der Spirochätenbefunde in der Hirnrinde hinweisen zu dürfen; zweitens auf die Natur der histologischen Veränderungen. Was den ersten Punkt betrifft, so ist es sicher, daß, solange die Forschung sich nur auf den Kadaver bezog — und nach dem Vorgang von Noguchi geschah —, die Ergebnisse in der Mehrzahl der Fälle negativ waren; sobald indessen zuverlässigere Methoden in Anwendung kamen, wechselten die Resultate vollkommen. Förster und Tomaszewski haben den Parasiten in 40% ihrer Fälle gefunden, und wir, wie man gesehen hat, in 70% der unsrigen. Die bei unseren Untersuchungen durchforschte Rindenpartie ist äußerst gering in Hinsicht auf die Fläche, welche im allgemeinen die paralytischen Veränderungen einnehmen; andererseits zeigen unsere Präparate, daß die Paralyse sukzessiv in zerstreuten Herden sich entwickelt. In den Fällen, wo wir die Spirochäte in Massen fanden, hatte die Punktion in voller Entwicklung stehende Herde getroffen; wenn wir im Gegenteil nur wenige oder gar keine Spirochäten fanden, so waren wir eben auf noch nicht befallene Stellen gestoßen, oder, was wahrscheinlicher, auf fast erloschene, vielleicht sogar vernarbte und nicht mehr virulente Gegenden. Wir können es als sicher hinstellen, daß, wenn wir während der Entwicklung der pathologischen Veränderungen die ganze Hirnrinde durchforscht hätten, wir nie ein negatives Ergebnis gehabt hätten." Aus den sehr eingehenden histopathologischen Betrachtungen des Verf. sei nur hervorgehoben seine Stellungnahme zur Frage: „Spirochaeta pallida und Ganglienzellen", wo er direkt sagt: „Die Nervenzellen werden da getroffen und zerstört durch die Treponemen (= Spir. pall.), welche sie in so großer Zahl anpacken, wie wir es in gleicher Menge nie sehen bei den durch akquirierte menschliche Syphilis gesetzten Veränderungen." Ebenso eingehend wird die Rolle der Gefäße und im besonderen der Plasmazellen bei den paralytischen Prozessen im Hirn gewürdigt. Als unmittelbare Schädigung durch die Spiroch. p. werden die Veränderungen der Gefäße sowohl der Rinde wie der Nervenkerne der Basis dargestellt. (Hierzu prachtvolle mikroskopische Bilder.) Die Degeneration der Nervenfasern betrachtet Verf. als Folge der Zerstörung der Ursprungs-Nervenzellen durch die Spirochaetae p. — also als „sekundäre" Degeneration —, während die Degeneration der hinteren Stränge, der Sehnerven und selbst des medullaren Abschnittes der Pyramidenbündel vom Verf. als „primäre" Degeneration gewertet werden. Die Frage der Pathogenese der Tabes wird nur gestreift, jedoch mit voller Entschiedenheit — im Gegensatz zu Spielmeyer — der Satz aufgestellt, daß u. a. die tabischen Veränderungen am Optikus nicht als toxisch, sondern als direkte Äußerungen der Spir. p. anzusprechen sind. Wenn der Befund an Spir. p. in der Pia mater des paralyt. Gehirns meist so spärlich ist, so ist dies zu erklären aus dem Alter der Herde — ist aber nicht aufzufassen als Unterschied gegen die syphilitische Meningitis. Ebenso sieht Verf. die bei der Paralyse gefundenen histologischen Veränderungen an Gefäßen und Gefäßlymphscheiden nur als direkte Folgen der Tätigkeit der Spir. p. an. Wie Verf. in einer anderen Arbeit über einen Fall von Paralys. praecox infolge syphilitischer Infektion gezeigt (wird unten referiert), kann die Spirochäte bereits im 2. Monat nach Auftreten des Primäraffektes im Liquor cerebrospinalis festgestellt werden. In diesem Falle liegt nach Verf. ein weiterer Beweis seiner Ansicht, daß die syphilitische Paralysis generalis ausgeht von einer Infektion in den Meningen durch die Spir. p. Diese also ursprünglich meningeale Infektion wurde auf dem Wege durch die perivaskularen Lymphscheiden der Fortsätze der Pia mater sich gewissermaßen als „Lymphangitis der Zentralen" einführen. Hier würde die Spir. p. verharren während der langen Periode der Latenz und der Rezidive, welche letzteren nur dann eintreten, wenn die Spir. p., nach Durchsetzung der Neuroglia, die eigentliche Nervensubstanz angreifen würde. In diesem Sinne wäre auch der Fall Alpheimers zu deuten — paralytische Veränderungen am Gehirn eines Menschen, welcher in vivo keine klinischen Paral.-Erscheinungen darbot —, als präliminare Spirochäteninfektion der perivaskulären Lymphscheiden der Pia mater (wo es also zu Läsionen der Hirnsubstanz noch nicht gekommen wäre). Den Schluß der Arbeit bildet die Aufzählung der differentialdiagnostischen Momente in der Histopathologie der all-gemeinen Paralyse sowie der Versuch einer Erklärung der prädominierenden Symptome der all-

Digitized by Google

gemeinen Paralyse — aus den Befunden des Verf. —, endlich ein Verzeichnis der zum Thema verwendeten wahrhaft internationalen Literatur. Wolff-Wiesbaden.

Über das Wesen der progressiven Paralyse, von A. Jacob-Hamburg. (D. m. W., 1919, Nr. 43.) Bei Untersuchungen von etwa 50 Paralytikerhirnen von Patienten, die viel an Anfällen gelitten hatten und meist auch in einem solchen endeten, findet J. im Dunkelfeld im frischen Präparat mehrfach Spirochäten in einer Menge, wie man sie sonst nur in Primäraffekten sieht. Histologisch fand er neben Parenchymveränderungen hochgradig entzündliche Vorgänge an der Pia und den Rindengefäßen, sowie nicht allzu selten gummöse Gefäßveränderungen und auch miliare Gummen in der Großhirnrinde, also eine Mischung von spezifischen und unspezifischen Prozessen. Dies erscheint J. ein Hinweis, die Paralyse als Infektionskrankheit aufzufassen mit direkter Einwirkung der lebenden Spirochäte oder ihrer Toxine aufs Gehirn im Gegensatz zu den Befunden am Gehirn bei Lues cerebri. „Die unspezifische, diffuse kleinzellige Entzündung und Parenchymzerfall, wobei eine Unmenge Parasiten das Gewebe überschwemmen", betrachtet Verf. als die gewebliche Reaktion auf die Spirochäten bei der Paralyse, die gummösen Bildungen sind als ungenügende spezifische Reaktionen des Gewebes anzusehen, ähnlich wie bei der Tuberkulose. Als Zeitpunkt der Infektion des Zentralnervensystems nimmt J. das frühe Sekundärstadium an; er ist der Ansicht, daß bei den Paralytikern es an ausreichender Antikörperbildung während des Sekundärstadiums gefehlt hat (meist geringe Hauterscheinungen), wodurch es zu einer ungehemmten Vermehrung der Spirochäten im Gehirn kommen kann, auf diese kann dann das Gewebe des Gehirns nur noch mit unspezifischer Entzündung reagieren. Daraus ergeben sich seine therapeutischen Vorschläge: Gründlichste Behandlung im Sekundär- und Latenzstadium der Lues, bei ausgebrochener Paralyse Salvarsan intravenös bzw. endolumbal bzw. endarteriell; vor allem aber Versuch einer Anregung zur Antikörperbildung durch aktive und passive Immunisierung. — Verf. injizierte zu diesem Zwecke den Paralytikern inaktiviertes Serum von unbehandelten Lues-II-Patienten, die starke Hauterscheinungen hatten. E. Brinitzer-Altona.

Spirillotoxische und arsenotoxische zerebrale Reaktionen nach Salvarsan, von G. L. Dreyfuss-Frankfurt. (M. m. W., 1919, Nr. 48.) Die spirillotoxischen Gehirnreaktionen treten wenige Stunden nach der ersten Salvarsaninjektion bei frischer Syphilis auf, besonders nach zu hohen Dosen, die arsenotoxischen erst nach Tagen. Hier liegen Kunstfehler vor. Ihnen sind die Reaktionen in den Spätstadien gleichzustellen. v. Notthafft-München.

Zur Meningitis acuta syphilitica, von Jacques Neumann. (Zbl. f. d. ges. M., 1918, Nr. 38.) Luetische Meningitiden, die aus völligem Wohlbefinden heraus jäh mit Temperatursteigerung einsetzen, sind außerordentlich selten. Es entstehen in solchen Fällen ernstliche Schwierigkeiten in der Diagnosenstellung gegenüber der akuten Meningitis bakterieller Ätiologie. In dem von N. berichteten Falle trat die akute syphilitische Meningitis schon $2^1/_2$ Monate nach dem Primäraffekt auf. Der Pat. war auf der Straße plötzlich umgefallen und bewußtlos im epileptiformen Anfall ins Krankenhaus gebracht worden. Temperaturanstieg auf 37,8, Nackensteifigkeit, Kernig, Hyperästhesie, Zellvermehrung und positive Globulinreaktion des Liquors ließen an eine akute Konvexitätsmeningitis bakterieller Ursache denken. Erst die Sterilität des Liquors, seine positive WR und die nach einigen Tagen erhobene Anamnese offenbarten die syphilitische Natur der Erkrankung. Die antisyphilitische Therapie (140 g Hg-Einreibungen und 6mal Salvarsan-Natrium zu 0,45) erzielte eine völlige Heilung. E. Brinitzer-Altona.

Zur Pathogenese der Miktionsstörungen bei Tabes nebst kurzen Bemerkungen über einige Fälle von operativer Behandlung derselben, von A. Freudenberg-Berlin. (M. Kl., 1919, Nr. 45.) Verf. erklärt die Miktionsstörungen bei Tabes durch eine Störung der Koordination zwischen Detrusor und Sphinkter, indem bei der Kontraktion des Detrusor der Schließmuskel nicht wie bei gesunden Individuen erschlafft, sondern mehr oder weniger sich ebenfalls kontrahiert. Hierfür sprechen das frühzeitige Einsetzen dieser Störung im Krankheitsverlauf, die frühzeitige Entwicklung von Trabekeln in solchen Blasen, die großen Schwankungen in bezug auf die Menge des Residualurins und der Umstand, daß man während des Zystoskopierens häufig einen Sphinkterkrampf entstehen sehen kann, wenn der Patient eine Preßbewegung macht, oder wenn man einen Druck auf die Blasengegend ausübt. Dieser Auffassung entsprechend hat Verf. bei einigen Patienten mit dem Bottinischen Instrument die Durchschneidung des Sphincter internus vorgenommen, wobei er Beseitigung bzw. Besserung der Blasenbeschwerden auf mehrere Jahre erzielte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Die Wahrheit über intraspinale Injektionen bei der Behandlung der Syphilis des Nervensystems, von BERNARD SACHS-New York. (J. Am. m. Ass., 1917, Bd. 69, Nr. 9.) Der ursprünglich für die Methode begeisterte Verf. hat sich davon überzeugt, daß die auf sie gesetzten Hoffnungen ungerechtfertigt sind, und daß sie nichts leistet, was nicht auch durch die intravenöse Methode erreicht werden kann. Deshalb ist es nicht berechtigt, die mit ihr verbundenen größeren Gefahren auf sich zu nehmen. Auch ist die alte Lehre, daß der Plexus chorioideus undurchgäng ist und das intravenös eingeführte Salvarsan die zerebralen oder spinalen Gewebe nicht erreichen kann, verlassen. Die besten Erfolge werden mit der intravenösen Methode bei den Fällen von Syphilis cerebro-spinalis erzielt; bei der Tabes sind die Patienten mit den erzielten Resultaten zufrieden, und es läßt sich auch bisweilen ein Schwinden mancher Symptome nachweisen, oft jedoch schreiten sie fort; bei der Paralyse kommt ein Heileffekt nicht zustande, doch kann das rapide Fortschreiten der Krankheit verlangsamt werden und Remissionen erfolgen. E. Levin-Berlin.

Zusammentreffen von Schwangerschaft und Tabes dorsalis, von EDGAR M. ALLEN-Los Angeles. (J. Am. m. Ass., 1917, Bd. 69, Nr. 12.) Rein kasuistischer Beitrag zu dem in der Überschrift genannten seltenen Vorkommen. E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Kenntnis der Psychosen bei Lues cerebrospinalis, von FRANZ HESSE. (Diss., Berlin 1914.) Zwei Fälle bei einem 30jährigen Manne und einer 34jährigen Frau, die beide längere Zeit beobachtet wurden. Die Infektion lag bei beiden etwa acht Jahre zurück. F. Weiler-Leipzig.

Über Entzündungsherde und miliare Gummen im Großhirn bei Paralyse (mit besonderer Berücksichtigung der Entzündungserscheinungen bei den Anfallsparalysen), von A. JACOB. (Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1920, Bd. 52, H. 1/3.) Wenn man die wichtigsten Resultate dieser Untersuchungen zusammenfaßt, so charakterisiert sich die durch Anfälle bedingte Steigerung des paralytischen Krankheitsbildes neben den regressiven und progressiven Erscheinungen am nervösen Parenchym (Ganglienzellenentartungen, Markzerfall, Gliawucherungen) vornehmlich in hochgradigen entzündlichen Vorgängen am Gefäßbindegewebsapparat, die sich in vermehrter Infiltration der Pia, der Rinden- und auch Markgefäße, im Auswandern der zelligen Infiltrationselemente ins Nervengewebe, in Bildung von Lymphozytenherden und enzephalitischen Prozessen und nicht selten zudem in Entwicklung gummöser Gefäßwandveränderungen und miliarer Gummen in der Großhirnrinde kundtun. Die histopathologischen Gewebsbilder betonen auch die Ähnlichkeit mit Infektionskrankheiten anderer Genese. Sie weisen mit Bestimmtheit darauf hin, daß die Paralyse als Infektionskrankheit aufzufassen ist, und daß die durch die Anfälle bedingten akuten Schübe mit lebenden Krankheitskeimen, also mit den Spirochäten und ihren Giftstoffen, in ursächlichen Zusammenhang zu bringen sind. O. Sprinz-Berlin.

Die Gitterfasern der Leber bei kongenitaler Syphilis, von BEREL STRASSBURG. (Diss., Bern 1914.) Verf. hat 13 kongenital luetische Lebern in bezug auf das Verhalten der Gitterfasern untersucht. In den Fällen mit vermehrtem intraazinösem Bindegewebe und vielen Spindelzellen erlitten die Gitterfasern eine Veränderung in Form einer Vermehrung und Verdickung. In den Fällen, wo die Bindegewebswucherung sich meistens auf die Glissonschen Scheiden beschränkte, zeigten die letzteren eine starke Neubildung von Gitterfasern, während innerhalb der Azini die Gitterfasern wenig oder gar nicht vermehrt, an einzelnen Stellen sogar vermindert waren. Im großen und ganzen fand sich ein deutlicher Parallelismus zwischen dem Verhalten der Gitterfasern und der Art der Konsistenz; es darf daher die eigentümlich zähe Konsistenz der Leber bei kongenitaler Lues auf eine Vermehrung der Gitterfasern bezogen werden. Die Untersuchungen liefern einen neuen Beweis, daß das Gitterfasernetz ein nicht bis in die letzten Differenzierungsmöglichkeiten ausgebildetes Bindegewebe ist. Es kann auch als präkollagenes Bindegewebe bezeichnet werden in dem Sinne, daß manchmal eine beträchtliche Hypertrophie und Hyperplasie der Gitterfasern vorkommt, ohne daß das kollagene Gewebe bereits eine bedeutende Zunahme aufweist. F. Weiler-Leipzig.

Über Heilung der hypophysären Form der Lues congenita (Lues congenita pituitaria) durch kombinierte antisyphilitische und Organtherapie, von H. NONNE-Hamburg. (Neurol. Zbl., 1918, Nr. 6.) „Der Fall mahnt, bei Fällen von Dystrophia adiposogenitalis bei heranwachsenden Individuen, stets an die Möglichkeit einer Lues hereditaria zu denken; die kombinierte antisyphilitische und organspezifische Therapie scheint dabei in der Tat wirksam zu sein." Wolff-Wiesbaden.

Digitized by Google

Die Beeinflussung der Keratitis parenchymatosa heredo-luetica durch die kombinierte antiluetische Behandlung, mit Berücksichtigung der anderen Behandlungsmethoden, von FRITZ PEYSER. (Diss., Frankfurt 1917.) Neosalvarsan 2,4—4,8, Schmierkur 80,0—320,0. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 2,6 Monate, und zwar dauerte der längste Fall $5^1/_4$ Monate, der kürzeste $^3/_4$ Monat. Von 46 Fällen konnte 4mal, obwohl die Behandlung bereits einige Zeit im Gange war, die Entzündung des zweiten Auges nicht verhindert werden. In 2 weiteren Fällen erkrankten beide Augen, obwohl früher aus anderen Gründen eine intensive kombinierte Behandlung stattgefunden hatte. Rezidive wurden 4mal bei den 46 Fällen beobachtet. Der Krankheitsverlauf war gegen den früheren etwas abgekürzt, außerdem wurden bessere Endresultate der Sehschärfe erzielt. F. Weiler-Leipzig.

Über Syphilis hereditaria tarda hepatis (Leberzirrhose mit sekundärer akuter gelber Atrophie), von F. KLEWITZ und G. LEPEHNE-Königsberg. (D. m. W., 1920, Nr. 7.) Ein wegen Ikterus und Aszites aufgenommenes 15jähriges Mädchen stirbt 14 Tage nach der Aufnahme an akuter gelber Leberatrophie. Der Wassermann am Leichenblut war positiv. Die Sektion ergab eine Cirrhosis hepatis mit sekundärer gelber Atrophie. Zwei Jahre vorher ist eine Schwester der Kranken an denselben Symptomen erkrankt und nach zehn Tagen gestorben. Die WR bei Eltern und Geschwistern war negativ. Trotzdem keine Anzeichen einer kongenitalen oder akquirierten Lues vorgelegen haben, glauben Verff. als die wahrscheinlichste Ursache der Lebererkrankung eine Syphilis hereditaria tarda annehmen zu müssen. de Lemos-Hamburg.

c. Ätiologie.

Praxis der Spirochätenuntersuchung, von F. W. OELZE-Leipzig. (M. m. W., 1919, Nr. 38.) Zusammenstellung der Methoden der Serumentnahme, Dunkelfelduntersuchung, Tusche und Zyanochinmethode, Versilberung nach FONTANA und der Färbungen nach GIEMSA, SCHMAMINE und MEIROWSKY. v. Notthafft-München.

Über die Spirochätenbefunde von KARL SPENGLER und S. FUCHS-v. WOLFRING, nebst Bemerkungen über die Methodik der Spirochätenuntersuchungen, von F. W. OELZE. (B. kl. W., 1919, Nr. 50.) Nach der von SPENGLER und FUCHS-v. WOLFRING vertretenen Auffassung gibt es überhaupt keine sicheren morphologischen Kennzeichen für die Artdiagnose der Spirochaeta pallida; denn diese zeigt die mannigfachsten Formen und Übergänge, von korkzieherartigen, feinen, steilen Windungen angefangen bis zum mehr oder weniger dicken, gestreckten Faden. Was die Züchtung der Syphilisspirochäten betrifft, so ist SPENGLERS Ansicht folgende: der Syphiliserreger ist ein formvariables Stäbchen, das je nach Beschaffenheit des Nährbodens und Sauerstoffabwesenheit bzw. -anwesenheit in mehr oder weniger reichlichem Maße als Schlußwuchsform auf der aëroben Seite die Ovoidspore, auf der mehr anaëroben Seite die Pallida hat. Zwischen den beiden Extremen liegen die Syphilisgranula und die Scheinfäden, die sogenannten Refringensformen, d. h. die Pallida mit Hülle. Die Pallida ist der von der Hülle entkleidete Zentralfaden des sogenannten Refringenstypus. Eine weitere Behauptung von SPENGLER und FUCHS-v. WOLFRING geht dahin, daß es leicht und sicher möglich sei, Syphilisspirochäten im Blute nachzuweisen, wenn man das Blut auf ein Blutserumröhrchen oder Agarröhrchen ausgießt und für 24 Stunden zur Anreicherung in den Brutschrank bringt. Verf. betont nun seinerseits, daß er es für absolut erforderlich halte, daß sich der Praktiker weiter streng an die von E. HOFFMANN gegebene, morphologische Charakteristik hält. Ganz anders stehe es mit der Wertung dieser Arbeiten zur theoretischen Spirochätenforschung. Hier ist zu fordern, daß die Arbeiten aller Autoren, die einen von der herrschenden Auffassung abweichenden Standpunkt einnehmen und einen komplizierten Entwicklungszyklus annehmen, sorgfältig nachgeprüft werden. Für diese Nachprüfung sollte nur die Quarzkammer-Spezial-Glyzerin-Immersion und Bogenlichtbeleuchtung angewandt werden. Ferner wird die Anwendung der Mikroskope mit gesteigerter Auflösungsfähigkeit nicht umgangen werden können. Schließlich ist besonderer Wert auf exakte Messungen von Spirochätenmikrophotographien zu legen. O. Sprinz-Berlin.

Kannten die deutschen Studenten an der Wende des 15. Jahrhunderts die Syphilis und die Ansteckungsfähigkeit der Geschlechtskrankheiten? von HELLER. (B. kl. W., 1920, Nr. 4, S. 88.) Verf. verneint diese Frage auf Grund der Lektüre eines 1857 erschienenen Büchleins von ZARNCKE, „Die deutschen Universitäten im Mittelalter". Hier finden sich, wohl um 1500 entstandene, öffentlich gehaltene Reden

Digitized by Google

von Studenten über die „Treue der Huren", die unglaublich zynisch und wegwerfend sich über die Kebsweiber und Huren äußern, aber man kann keine Stelle in dem Sinne verwerten, daß man von einer Übertragung der Franzosenkrankheit durch die Buhldirnen wußte. O. Sprinz-Berlin.

Bemerkungen zur experimentellen Kaninchensyphilis (Note sur la syphilis expérimentale du lapin), von Pulido Valente. (Arch. d. Inst. bact. Camara Pestana, 1918, Bd. 5, Nr. 1.) Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Das Blut von Syphilitikern im primären und sekundären Stadium hat bereits infizierende Eigenschaften zu einer Zeit, wo die WR noch negativ ist (noch keine „Reagine" im Blute sind). 2. In dem experimentell als infektiös befundenen Blute konnten Spirochäten nicht nachgewiesen werden. (Dies ist auch Uhlenhuth, an dessen Arbeiten Verf. sich anlehnt, nicht gelungen. Ref.) Mag dies nun liegen an der sehr geringen Zahl der Spirochäten im Blute oder an einer auf dem gewöhnlichen Wege nicht feststellbaren Evolutionsform der Spirochaeta pallida: — so ist diese Tatsache wichtig für Geburtshelfer, Zahnärzte und alle, welche der Gefahr der Infektion durch das Blut der in diesem Stadium befindlichen Syphilitiker ausgesetzt sind. Eine sehr gründliche Histopathologie der experimentellen syphilitischen Orchitis bildet den Schluß der Arbeit. Wolff-Wiesbaden.

Einfluß hoher Körpertemperaturen auf die Spirochäten und Krankheitserscheinungen der Syphilis im Tierexperiment, von Weichbrodt und Jahnel. (D. m. W., 1919, Nr. 18.) Verff. haben syphilitische Kaninchen in einem Thermostaten von 41° Lufttemperatur mehrere Tage hindurch ein- bis zweimal täglich auf eine halbe Stunde gebracht. Die Tiere haben eine Steigerung der Eigenwärme auf 43° regelmäßig gut vertragen. Verff. haben durch dieses Experiment den Beweis erbracht, daß hohes Fieber imstande ist, die Spirochäten zum Verschwinden und die Skrotumsyphilis der Kaninchen zur Heilung zu bringen. Leider gelingt es beim Menschen nicht, durch Überhitzung so hohes Fieber zu erzielen. Die von der Wiener Schule angewandten Temperaturdosierungen bei der Behandlung der Paralyse sind nicht hoch genug, um eine Wirksamkeit den Spirochäten gegenüber zu entfalten. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der Infektiosität der latenten Syphilis. Erwiderung auf den Aufsatz Friedländers, von Wolf Jäger-Jena. (D. m. W., 1919, Nr. 43.) Jäger übt Kritik an dem von F. beschriebenen Fall (D. m. W., 1919, Nr. 32), wo ein 18jähriger Hebephreniker, bei dem anamnestisch, klinisch und serologisch als einziges Zeichen von Syphilis im sonst normalen Liquor eine schwach positive WR gefunden wurde, durch einen Biß seinem Wärter einen Primäraffekt am Zeigefinger beigebracht haben soll. J. hält es für möglich, daß bei diesem Wassermann ein Irrtum unterlaufen sei, besonders da bei der zweiten Punktion nach der ersten spezifischen Kur der Liquor bereits negativ war; was sonst nicht zu beobachten ist. Weitere Abweichungen von der Norm sind: Am 9. Tage nach dem Biß wird die Verletzung als Primäraffekt erkannt, ohne Spirochätennachweis, nach 23 Tagen ist die WR stark positiv. Die Infektiosität der latenten Lues ist nach Ansicht des Verf. zwar nicht völlig zu leugnen, jedoch praktisch so abnorm selten, daß er auch in diesem Fall eher an ein zufälliges Zusammentreffen von nichtinfektiösem Biß mit extragenitaler, etwa drei Wochen zurückliegender Infektion glaubt. E. Brinitzer-Altona.

Zur Technik der Levaditi-Methode, von Joh. Saphir-München. (M. m. W., 1920, Nr. 12.) Im Originale nachzulesen. v. Notthafft-München.

Vorschlag zur Verhütung luischer Infektionen bei Hebammen und Gebärenden, von L. Hauck-Erlangen. (M. m. W., 1920, Nr. 9.) Forderung einer behördlichen Vorschrift zum Gebrauch von Gummihandschuhen für die Hebammen.
v. Notthafft-München.

Syphilis par conception oder Syphilis d'emblée, von A. Nordmann-Basel. (Korr. Bl. Schweiz., 1919, Nr. 43.) Die Frau eines 2½ Jahre nach stattgefundener luetischer Infektion verheirateten Mannes, der mit offensichtlichem Erfolge behandelt worden war, hat ein schon 6 Jahre lang gesundes Kind zur Welt gebracht; sie selbst bleibt reichlich 4 Jahre nach der Heirat gesund, um zu Beginn des 5. Jahres ohne nachweisbar vorangegangenen P.A. an sekundärer Lues zu erkranken. Eine WR bei dem Ehemann bald nach Erkrankung der Frau fiel negativ aus. Verf. erörtert die Möglichkeit des Vorliegens einer Infektion der Frau durch Choc en retour oder einer auf spermatischem Wege zustande gekommenen Syphilis d'emblée, gibt aber zu verstehen, daß er mehr an die einfache Erklärung einer frischen, extramatrimoniellen Infektion der Ehefrau glaube. Der Fall gewann noch erhöhte Bedeutung, weil die Frau

Digitized by Google

die Eheanfechtungsklage einreichte. Verf. gibt eine sehr lesenswerte Darstellung der dabei auftauchenden Rechtsfragen auf Grund des schweizerischen Zivilgesetzbuches.
O. Sprinz-Berlin.

Neuere Spirochätenforschungen bei Paralyse, von Hauptmann-Freiburg. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1920, Nr. 22.) Hauptmann hat in 60% der Paralytikerhirne Spirochäten nachgewiesen und ist der Ansicht, daß sie bei den übrigen 40% trotz des mißlungenen Nachweises vorhanden sind. Er bestätigt ihr ausschließliches Vorkommen in der Rinde, und zwar am zahlreichsten in den vorderen Rindenpartien, in der tieferen Schicht mehr als in der obersten, hat aber in vielen Fällen Spirochäten im Kleinhirn gefunden. Im Hirnstamm, im Rückenmark und in den Spinalganglien gelang der Nachweis nicht. — An Serienschnitten konnte H. kugelförmige Kolonien von Spirochäten sehen, im Zentrum schwächer gefärbte Partien mit dünneren, weniger gewundenen, vielleicht also abgestorbenen Spirochäten. Ein Eindringen in die Ganglienzellen ist sehr selten, dagegen finden sich Rindengefäße, deren Wände, nicht aber die Lumina, von Spirochäten durchsetzt sind. Trotzdem finden sich die bei Hirnlues bekannten reaktiven Gefäßwandveränderungen nicht. Hirnpunktionen im paralytischen Anfall haben gezeigt, daß die Erklärung des Anfalls durch eine akute Spirochätenaussaat durchaus nicht stets zutrifft. — Bei den wenigen gelungenen Überimpfungen von Paralytikerhirnbrei auf Kaninchen ergab sich in zwei Fällen wesentlich längere Inkubationszeit ($^1/_2$—$2^1/_2$ Jahre). Vielleicht läßt sich durch die Impfmethode einmal feststellen, ob die Paralysespirochäte von vornherein andere biologische Eigenschaften besitzt als die des Sekundärstadiums.
de Lemos-Hamburg.

Über Entnahme und Transport von Spirochätenserum mittels Kanülen aus Glas, von F. W. Oelze-Leipzig. (D. m. W., 1920, Nr. 7.) Verf. bedient sich zur Sekretionsentnahme einer Injektionsspritze mit einer alten Metallkanüle, von der die Nadel abgebrochen ist, und einer selbst ausgezogenen Glaskapillare. Der nicht ausgezogene Teil der Kapillare muß etwa 1 cm lang sein und so weit, daß er gerade über den Metallteil der Kanüle paßt. Metallteil der Kanüle und Glasröhre werden erwärmt und durch Siegellack luftdicht miteinander verbunden und auf die Spritze aufgesteckt. Die Kapillare wird auf das Ulkus aufgesetzt und das Sekret durch Aspiration in die Kapillare aufgesogen. Die Spitze der Kapillare wird im Bunsenbrenner zugeschmolzen, dann wird die Kapillare auch an der Basis zugeschmolzen und ist versandfähig. Der Siegellack wird wieder erwärmt und das Ende der Glasröhre von dem Metallteil entfernt. Der Materialverbrauch ist äußerst gering.
de Lemos-Hamburg.

Einige neue Gedanken über die Spirochaeta pallida (Quelques idées nouvelles sur le tréponème pâle), von M. Chabeaux. (Pr. med., 1920, Nr. 1.) Verf. macht auf eine Arbeit von Frau Fuchs-Wolfring, Schülerin von Carl Spengler-Davos, aufmerksam, deren Untersuchungen ergaben, daß die Spirochaeta pallida nicht immer in typischer Form im Blut der Luiker anwesend sei, daß Kulturversuche nur in sehr seltenen Fällen positive Resultate lieferten, und daß die Spenglersche Reaktion in jeder Hinsicht der Wassermannschen Probe überlegen sei.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine empfehlenswerte Methode für Spirochätenfärbungen, von Erich Becker-Hamburg-Eppendorf. (D. m. W., 1920, Nr. 10.) Als schnelle und billige Färbung auf Spirochäten wird für die Praxis empfohlen: 1. Dünne Ausstrichpräparate des Reizserums werden mit der Reigeschen Lösung A (Eisessig 1,0, Formalin 20,0, Wasser 100,0) 1 Minute betropft. Die Lösung wird 1—2mal erneuert; abspülen. 2. Beizen mit einer 10%igen Tanninlösung, über der Flamme bis zum Aufsteigen leichter Dämpfe erwärmen. Der Lösung (B) wird zur Erhöhung der Haltbarkeit 1,0 (%?) Karbolsäure zugesetzt. Abspülen und 3. in der Wärme nachgefärbt mit Ziehlschem Karbolfuchsin (5%ige Karbolsäure 100,0, gesättigte alkoholische Fuchsinlösung 10,0). Dauer $^1/_2$—$^3/_4$ Minute. Abspülen, Trocknen mit Fließpapier, Untersuchen mit Zedernöl. Zum Aufheben der Präparate neutraler Kanadabalsam. Die Spirochaeta pallida ist rot gefärbt auf schwach rotem oder weißlichem Grund, die charakteristischen Windungen bleiben erhalten.
de Lemos-Hamburg.

d. Serologie.

Erfahrungen mit der Langeschen Goldreaktion, von Fehsenfeld-Neuruppin. (M. Kl., 1918, Nr. 23.) Die Erfahrungen, welche Fehsenfeld mit der Langeschen Goldreaktion gemacht hat, lassen dieselbe als brauchbares Hilfsmittel bei schwierigen Diagnosen von Erkrankungen des Zentralnervensystems erscheinen resp. bei der Frage der lue-

Digitized by Google

tischen Natur der Krankheit. Der Ausfall der Goldreaktion beim Liquor cerebrospinalis deckte sich mit den Ergebnissen der WR und der Nonne-Apeltschen Reaktion. Über die Technik der Ausführung der Reaktion und über ihr Wesen sei auf das Original verwiesen. O. Lasch-Breslau.

Beitrag zur klinischen Verwertung der Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis, von Hans Widder. (Diss., Kiel 1917.) 31 Fälle (9 Fälle von Lues, 1 Fall von Tabes, 15 entzündliche, nichtluetische Erkrankungen des Zentralnervensystems, 6 Erkrankungen ohne Befallensein des Zentralnervensystems). In den Fällen, wo es sich um die Entscheidung der Frage handelt, ob eine luetische oder nichtluetische Affektion des Zentralnervensystems vorliegt, ist der positive Ausfall der Goldsolreaktion ausschlaggebend, besonders im frühesten Sekundärstadium der Lues, wenn jedes subjektive Symptom fehlt und die anderen Reaktionen einen positiven Ausfall vermissen lassen. Es kann daher in diesen Fällen mit Hilfe der Goldsolreaktion mit einer frühzeitigen spezifischen Behandlung begonnen werden. F. Weiler-Leipzig.

Beitrag zur Frage der Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis (Untersuchungen am Leichenliquor), von F. Mras und R. Brandt-Wien. (W. kl. W., 1919, Nr. 42.) Bei 28 Leichen haben Verff. die (technisch nicht ganz leichte) Punktion des Rückenmarkkanals ausgeführt und mit der Goldsolprobe den Liquor cerebrospinalis untersucht, wobei sie überraschenderweise 17mal ein mehr oder weniger positives Resultat erhielten. Maximale Ausfällung fanden sie in der Zone zwischen 1:10 und 1:80, in zwei Fällen aber bis 1:320. Bei drei Fällen konnten sie den Beginn der Fällung bereits bei unverdünntem Liquor feststellen. Es sei dabei bemerkt, daß bei dem untersuchten Material Lues ebenso wie Erkrankungen des Zentralnervensystems ausgeschlossen waren. Über die Technik der Goldsolreaktion geben Verff. einige bemerkenswerte Anweisungen, welche aber im Referate nicht wiedergegeben werden können. Ebenso muß wegen eines Anhangs: Zur Herstellung der Goldsole für Liquorreaktionen von F. Schaffer auf das Original verwiesen werden.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Goldsolreaktion im Liquor Syphilitischer, ihr Verhalten zu anderen Liquorreaktionen und ihre klinische Brauchbarkeit und Bedeutung, von J. Kyrle, R. Brandt und F. Mras. (W. kl. W., 1920, Nr. 1.) Bei einer großen Reihe von Syphilitischen (720 Fälle) in allen Stadien der Krankheit haben Verff. die Goldsolreaktion in paralleler Untersuchung mit anderen Proben ausgeführt. Aus ihren Beobachtungen entnehmen sie als eindeutiges Resultat, daß die Goldsolreaktion als ein selbständiges Phänomen im Liquor anzusehen ist, daß sie weder mit den Eiweiß-Globulinvermehrungen in direkt ursächlichem Zusammenhang steht noch mit der WR in eine Linie zu bringen ist, obwohl sie mit ihr häufige Übereinstimmung erkennen läßt. In bezug auf diese Übereinstimmung war besonders bemerkenswert, daß während der Behandlung die WR gelegentlich schon negatives Resultat ergab, als die Goldsolprobe noch positiv ausfiel. Der Gang der Untersuchungen ist in den wesentlichen Einzelheiten für alle Fälle geschildert, und es werden auch verschiedene wichtige technische Anweisungen gegeben. So haben Verff. es ermöglicht, mit der Hälfte der sonst üblichen Goldsolmenge einwandfreie Reaktionen auszuführen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine leicht ausführbare Mikromethode zur Anstellung der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion, von Hans Lopp-Ulm. (M. m. W., 1919, Nr. 42.) Benutzung einer Tropfenpipette und Ablesung durch die Lupe oder durch das Mikroskop, von dessen schwächstem Objektiv die Frontlinse abgeschraubt ist. Die bereits durch Kontrollen genügend erprobte Methode eignet sich für Fälle, in welchen wenig Serum zur Verfügung steht (Säuglinge). v. Notthafft-München.

Erfahrungen mit der Reaktion nach Sachs-Georgi, von Felke und C. Wetzell-Rostock. (M. m. W., 1919, Nr. 47.) Die durch Wassermann kontrollierte SGR hat sich als zuverlässig und wertvoll erwiesen. Zusatz von Natriumglycholat bewährte sich. Eigenflockung im Sachs-Georgi geht vielfach gleichlaufend mit Eigenhemmung in der Wassermannprobe. v. Notthafft-München.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. Dezember 1920 | Nr. 50 | Band 71

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin.
(Dirigierender Arzt: Prof. Dr. Wechselmann.)

Funktionsprüfungen der Niere bei Salvarsanbehandlung.

Von

Dr. Herbert Colman und Dr. Walter Kron, Assistenten der Abteilung.

Mit 4 Kurven im Text.

Salvarsan als solches schädigt gesunde Nieren nicht. Dagegen zeigt das Tierexperiment (1, 2), daß bei kranken Nieren die Arbeitsfähigkeit durch Salvarsanzufuhr schnell leidet, so daß selbst völliger Stillstand der Nierentätigkeit eintreten kann. Auch bei der Salvarsanbehandlung des Menschen scheint die Verträglichkeit vom Zustand der Niere abhängig zu sein. Aus dieser Erwägung heraus wird auf der Wechselmannschen Abteilung bereits seit Jahren bei jedem in Behandlung stehenden Luetiker täglich Ausscheidungsmenge und spezifisches Gewicht des Urins gemessen. Natürlich wurde der Urin auch ständig auf Eiweiß untersucht, ergab aber nie ein positives Resultat, welches auf die Salvarsandarreichung bezogen werden konnte.

Da auf diese Weise monatlich etwa 5—6000 Urine geprüft wurden, geht die Zahl dieser Einzeluntersuchungen in die Millionen, so daß diese Tatsache unbedingt feststeht.

Es erschien jedoch wünschenswert, festzustellen, ob ein Zusammenhang zwischen gelegentlich auftretenden Störungen des Allgemeinbefindens, Temperaturerhöhungen, Ausschlägen nach Salvarsanbehandlung und funktionellen Störungen der Nierentätigkeit sich erweisen ließ.

Zuerst sollte einmal in groben Zügen dargetan werden, ob und inwiefern Nierenschädigungen vorlagen, ob Ausscheidungsschwierigkeiten parallel mit der Unverträglichkeit des Salvarsans gehen. Eine feinere systematische Untersuchung wird späteren Arbeiten vorbehalten sein.

Es wurde zunächst die Nierenfunktionsprüfung bei ca. 500 Personen vorgenommen, und zwar bei allen der Wasserversuch, bei sehr vielen die Milchzuckerprobe und bei einigen, die schlecht funktionierende Nieren hatten, auch der Konzentrationsversuch. Nach Becker (3) kann nämlich bei einer Kombination der Resultate des Wasser- und Konzentrationsversuches die Nierentätigkeit in ihrer Gesamtfunktion besser beurteilt werden.

Bei allen Patienten wurde eine genaue Vorgeschichte, besonders bezüglich voraufgegangener Infektions- oder Nierenkrankheiten, sowie Hg-Vorbehandlung erhoben.

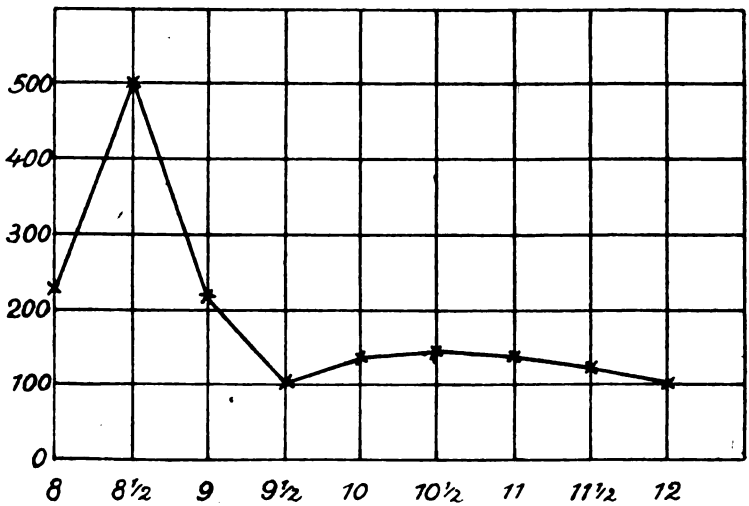
Wir gingen bei der Untersuchung folgendermaßen vor:

Wasserversuch nach Volhardt und Fahr: Der Patient erhielt 7 Uhr früh nüchtern nach völliger Entleerung der Blase 1500 ccm Tee. Später gingen wir aus technischen Gründen auf 1000 ccm zurück. Es

Digitized by Google

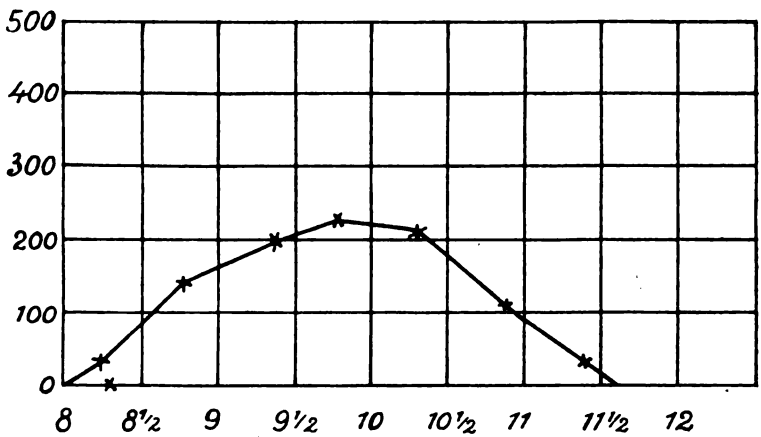
wurde nun von 8 Uhr ab bis 12 Uhr halbstündlich Urin gelassen und von diesen Portionen die Menge und das spezifische Gewicht bestimmt.

Von 12 Uhr ab durfte Patient beliebig trinken. Die Gesamtmenge der Ausscheidung wurde am nächsten Morgen 7 Uhr abgelesen. Die



Kurve 1.

Resultate der halbstündigen Urinmengen zeichneten wir als Kurven auf und bedienten uns dabei der von GROTE (4) angegebenen Schemata. GROTE unterscheidet vier Typen der Wasserausscheidung, und zwar:



Kurve 2.

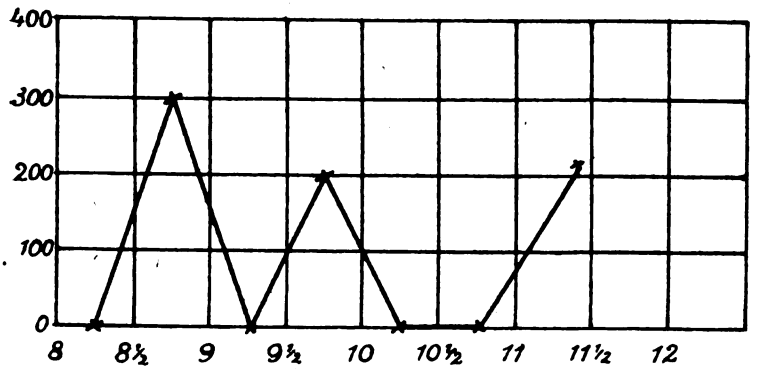
Typus I, normale Ausscheidungskurve. Ausgeschieden bis 12 Uhr wurden 1440 ccm von 1500 ccm Flüssigkeitszufuhr.

Es sollen innerhalb der ersten $1\frac{1}{2}$ Stunden $\frac{2}{3}$ der Menge entleert sein. Die zweite Portion ist die größte. Bis 12 Uhr spätestens scheidet die Niere die aufgenommene Flüssigkeitsmenge aus.

Digitized by Google

Typus II, verzögerte Ausscheidung. Ausgeschieden bis 12 Uhr wurden 1136 ccm.

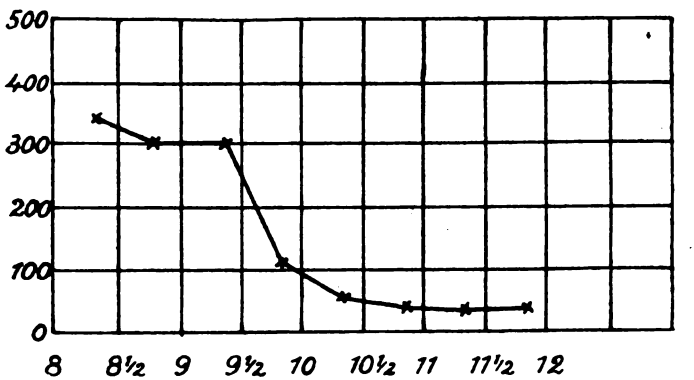
Das Maximum der Ausscheidung der Kurve rückt nach rechts, damit verbindet sich gewöhnlich eine geringere Menge und größere Gleichmäßigkeit sämtlicher Portionen. Dieser Typus soll sich nach Grote bei ausheilender Nephritis finden.



Kurve 3.

Typus III, schwere Verzögerung. Ausscheidung bis 12 Uhr = 740 ccm.

Es fallen bei diesem Typus, der sich bei akuter Nephritis finden soll, mehrere Portionen aus. Die Gesamtmenge ist erheblich herabgesetzt. Dieser Typus stellt die schwerste Nierenschädigung dar.



Kurve 4.

Typus IV, maximale Leistung des Nierenrestes. Ausscheidung bis 12 Uhr = 1355 ccm.

Hier ist die erste Portion am größten. Die Abflachung erfolgt früher oder später steil oder allmählich. Die ausgeschiedene Menge wird zum weitaus größten Teil in den allerersten Portionen ausgeschwemmt. Man soll diesen Typ bei chronischer Nephritis finden. Natürlich kommen zwischen diesen Typen Übergänge vor.

Zuerst wurde der Wasserversuch (W. V.) nur bei Fällen, die irgend

Digitized by Google

eine Störung nach einer Salvarsaneinspritzung aufweisen, ausgeführt. Später haben wir systematisch bei jedem in Behandlung stehenden Syphilitiker die Nierenfunktion derart geprüft, daß der W. V. vor und nach der ersten sowie nach der fünften und manchmal nach der zehnten Spritze vorgenommen wurde.

Der Milchzuckerversuch wurde mit dem unter Aufsicht Wechselmanns von der chemischen Fa. Güstrow hergestellten Renovaskulin, das in sterilen Tuben zu 20 ccm geliefert wird, derart gemacht, daß der ganze Inhalt einer Tube intravenös injiziert wurde. Die zweistündlich gelassenen Urinportionen wurden dann auf Zucker untersucht. Normalerweise soll der Milchzucker nach 5—6 Stunden ausgeschieden sein.

Den Konzentrationsversuch nahmen wir auch wiederum nach Grote vor, und zwar so, daß die Patienten abends um 7 Uhr $^1/_2$ l Tee erhielten und bis zum übernächsten Morgen, also 36 Stunden lang, dursten mußten, d. h. sie durften nur die in der Nahrung (keine Suppen) enthaltenen Flüssigkeitsmengen zu sich nehmen. Der nach 36 Stunden gelassene Morgenurin soll ein spezifisches Gewicht, das mindestens zehn Teilstriche höher steht als das normale, aufweisen. Die Zahl schwankt demnach zwischen 1020 und 1030.

Zum Verständnis unserer Versuchsreihe ist es notwendig, kurz die Art der auf der Wechselmannschen Abteilung ausgeübten reinen Salvarsanbehandlung zu beschreiben.

Verwandt wird Salvarsannatrium sowie Silbersalvarsannatrium und Sulfoxylatsalvarsan.

Die Injektionen werden zweimal wöchentlich gegeben, und zwar bei Salvarsannatrium die erste Injektion 0,15 bis 0,3, bei Silbersalvarsan 0,15 bis 0,25, bei Sulfoxylatsalvarsan 0,1 bis 0,2. Ein bestimmtes Schema ist dabei nicht aufgestellt, sondern jeder Patient wird individuell behandelt.

Im ganzen wiesen von genannten 500 Fällen 142 Abweichungen der regelrechten Ausscheidung auf. Bei 105 Fällen wurde mehrmals der Wasserversuch, wie oben beschrieben, angestellt.

Aus äußeren Gründen wurden hauptsächlich Frauen untersucht. Das Alter war, wo nicht besonders erwähnt, zwischen 18 und 30 Jahren. Ebenso sind nur positive Resultate bei der Eiweiß- und Sedimentuntersuchung sowie Besonderheiten in der Vorgeschichte (Infektionskrankheiten usw.) jedesmal hervorgehoben.

Bei allen Fällen, die in diesen Richtungen kein positives Resultat ergaben, konnte eine besondere Erwähnung unterlassen werden.

Wir haben unser Material in sechs Gruppen geteilt:

I. Gruppe:

Fieberzacken während der Behandlung, d. h. Beschreibung der Nierenfunktion von Patienten, die, nachdem sie mehrere Salvarsaninjektionen reaktionslos vertragen hatten, nach einer späteren Injektion Fieber bekamen.

Hierzu gehören 35 Fälle, von denen 7 mit Hg vorbehandelt waren. Es wiesen auf 18 Fälle den Typ II, 13 den Typ IV und 4 den Typ III. In der Vorgeschichte war dreimal Nephritis nachzuweisen.

Digitized by Google

Bei 23 Fällen konnte mehrmals systematisch der W. V. angestellt werden.

Die Präparate waren 9mal Silbersalvarsan, 23mal Sulfoxylatsalvarsan, 3mal Natriumsalvarsan.

Die Art und Dauer des Fiebers war verschieden. Es hielt im allgemeinen nicht länger als zwei Tage an. Meistens trat es nach verschiedenen Spritzen, und zwar mehrfach nach der zweiten bis vierten auf.

Fall 12. Anna P. Lues gummosa.

46 Jahre. Hat fünfmal Gelenkrheumatismus durchgemacht. Behandelt mit Sulfoxylat. Nach jeder der ersten drei Spritzen (0,2) trat eine Fieberzacke auf bis 39,5. Die folgenden Spritzen werden ohne Störung vertragen. Der Wasserversuch nach der vierten Spritze angestellt, wies deutlich den Typus II auf. Milchzuckerausscheidung regelrecht.

Für die mangelhafte Ausscheidung werden wohl die früher durchgemachten Erkrankungen an Gelenkrheumatismus verantwortlich zu machen sein, welche eine Schwäche der Niere hinterließen. Die Niere war aber später fähig, sich den größeren Anforderungen der Salvarsanausscheidung anzupassen.

Fall 59. Emma K. Lues II.

Behandelt mit Silbersalvarsan. Nach der ersten Injektion (0,15) Abendtemperatur 38,2. Wasserversuch regelrecht (Typus I). Nach der 3., 4 u. 5. Spritze (0.2) jedesmal Fieberzacke bis 38.4. Wasserversuch nach der 5. Spritze zeigt deutliche Verzögerung (Typus II). Als 6. Spritze wurde 0,3 Natriumsalvarsan gegeben, da die Annahme berechtigt erschien, daß das im Silbersalvarsan enthaltene Metall die Fieberzacken verursachte. Diese Spritze wurde reaktionslos vertragen. Drei Tage danach trat Angina follicularis mit hohem Fieber auf, das drei Tage anhielt. Der jetzt angestellte Wasserversuch ergab den Typus III mit Ausfall von zwei Portionen. Vorsichtige Dosierung von Natriumsalvarsan (bis 0,3) wurde reizlos vertragen.

Hier hat sich also scheinbar unter der Salvarsanbehandlung eine zunehmende Störung der Nierenfunktion entwickelt. In Wirklichkeit wird aber das Fieber und die damit Hand in Hand gehende zunehmend schlechtere Nierenfunktion durch die sich schleichend entwickelnde Angina bedingt gewesen sein. Man muß annehmen, daß die Patientin während der 3., 4. u. 5. Spritze sich schon in der Inkubationszeit der später zum Ausbruch gekommenen Infektionskrankheit befand. Bemerkenswert ist, daß trotz der zuletzt recht mäßigen Arbeitsfähigkeit der Niere das Natriumsalvarsan in kleinen Dosen ohne Störung vertragen werden konnte. Eine ohne individuelle Berücksichtigung des Nierenzustandes gegebene größere Dosis hätte wahrscheinlich eine Salvarsanschädigung zur Folge gehabt.

Fall 2. David G. Primäraffekt.

Behandelt mit Sulfoxylat. Erste Spritze (0.2) gut vertragen. Nach der zweiten Injektion (0.2) abends Schüttelfrost mit Temperatur 39.5°, ohne nachweisbare Ursache. Nach der dritten Injektion (0.2) abends 38.6, am folgenden Morgen 38, abends 36.8, am folgenden Morgen 39.4, abends 38. Danach kein Fieber mehr. Nach acht Tagen wurde die vierte Spritze (0.2) gegeben. Abendtemperatur 38 8, am nächsten Morgen 38, abends 39. Der jetzt angestellte Wasserversuch ergab Typus IV. Milchzuckerausscheidung regelrecht. Im Sediment 3—4 hyaline Zylinder. Die sechs Tage später gegebene Spritze (0.2) löste eine Abendzacke 37,8 aus. Von nun an wurde zweimal wöchentlich Natriumsalvarsan (0.3) ohne Störung gegeben.

Fall 51. Ida O. Lues II.

Behandelt mit Natriumsalvarsan. Nach der vierten Spritze (0,3) Abendtemperatur 38.4. Am nächsten Tage Abendtemperatur 40.5. Milchzucker nach 16 Stunden noch nicht ausgeschieden. Wasserversuch ausgesprochener Typus IV.

Digitized by Google

Es lag also eine chronische Nierenstörung vor, die sich, solange die Nieren nicht wesentlich beansprucht wurden, nicht äußerte. Erst als eine Belastung durch vier Spritzen Natriumsalvarsan erfolgte, trat als Zeichen der Retention Fieber auf. Auch hier konnte durch vorsichtige Dosierung eine Unterbrechung der Salvarsanbehandlung vermieden werden.

Fall 106. Therese F. Lues II, Rezidiv.

Vor acht Jahren Typhus und Nephritis. Jetzige Behandlung mit Sulfoxylatsalvarsan. Nach der ersten Injektion (0,2) Abendtemperatur 37.5. Urinmenge des Tages 640 ccm. An den drei folgenden Tagen anhaltende Kontinua bis 38.8. Die Urinmenge schwankt zwischen 500 und 900 ccm. Am vierten Tage Fieberabfall. Milchzuckerausscheidung erst nach zehn Stunden negativ. Der am nächsten Tage angestellte Wasserversuch zeigt den Typus IV. Am folgenden Tage Sulfoxylatsalvarsan 0.2. Abendtemperatur 38. In der Folge wird Sulfoxylatsalvarsan gut vertragen, da durch vorsichtige Dosierung eine weitere Überbelastung der schwachen, chronisch geschädigten Niere vermieden wird und da die durch frühere Krankheiten geschädigte Niere sich den neuen Anforderungen allmählich anzupassen vermag.

Fall 107. Elli G. Lues II.

Als Kind Scharlach. Patientin erhielt die ersten beiden Spritzen Sulfoxylatsalvarsan 0,1 bzw. 0.2 epifaszial. Die dritte Spritze 0,2 Sulfoxylatsalvarsan wurde intravenös gegeben. Nach der vierten Spritze (intravenös) Abendtemperatur 37,5. Nach der fünften Spritze 0.2 abends Schüttelfrost, Temperatur bis 39.2, die zwei Tage lang kontinuierlich anhielt. Zehn Tage darauf Sulfoxylatsalvarsan 0,1 intravenös. Abendtemperatur 37,2. Milchzucker wird nach 18 Stunden noch ausgeschieden. Am nächsten Tage Wasserversuch. Deutlicher Typus II. Es wurden bis 12 Uhr von 1500 nur 720 ccm ausgeschieden.

Die funktionelle Nierenstörung ist voraussichtlich auf den in der Kindheit überstandenen Scharlach zurückzuführen.

Fall 192. Charlotte D. Primäraffekt.

Hat 1916 eine Nephritis durchgemacht. Der vor der ersten Injektion angestellte Wasserversuch zeigte den Typus IV. Patientin wurde darum nur mit besonders kleinen Dosen Natriumsalvarsan behandelt. Nach der ersten Injektion Natriumsalvarsan 0.15 am nächsten Tage Abendtemperatur 38,5. Der schon an diesem Tage erneut angestellte Wasserversuch hatte wiederum den Typus IV ergeben. Zwei Tage darauf Natriumsalvarsan 0,15 reaktionslos vertragen. Nach vier Tagen Natriumsalvarsan 0,3, Abendtemperatur 37,6. In der Folge wurde Salvarsannatrium gut vertragen.

Man sieht aus diesem Fall, daß die schwache Niere auf Einspritzung einer ungewohnten Substanz zunächst mit mangelnder Ausscheidung antwortet, und daß Retentionsfieber entsteht. In der Folge aber paßt die Niere sich an und wird mit der fremden Substanz, wenn auch manchmal mit einiger Schwierigkeit, fertig.

Das gleiche zeigt der nächste

Fall 202. Wally Sch. Lues II.

Der vor der ersten Injektion angestellte Wasserversuch zeigt den Typus IV. Es wurden von 1500 bis 12 Uhr nur 900 ccm ausgeschieden. Behandlung abwechselnd Natrium- und Sulfoxylatsalvarsan. Nach der ersten Injektion Natriumsalvarsan 0,3 Abendzacke 37,7. Am nächsten Tage Wasserversuch Typus IV (800 ccm). Die nächsten beiden Injektionen Sulfoxylatsalvarsan 0.2 und Natriumsalvarsan 0,3 werden reaktionslos vertragen. Nach der vierten Injektion Sulfoxylatsalvarsan 0.2 Abendzacke 37,5, danach zwei Tage Kontinua bis 39.5. Urintagesmenge 700—720 ccm. Vier Tage danach Natriumsalvarsan 0.15. Abendzacke 38.2. Urintagesmenge 500 ccm. Der zwei Tage später angestellte Wasserversuch zeigt den Typus III. Es werden von 1000 ccm nur 140 ccm bis 12 Uhr ausgeschieden. In der Folge wird Natriumsalvarsan gut vertragen.

Digitized by Google

II. Gruppe:

„Anfangszacke“, d. h. Beschreibung der Nierenfunktion bei Patienten, die nach der ersten Injektion eine Fieberzacke aufwiesen, jede folgende Salvarsaneinspritzung aber gut vertrugen.

Hierzu gehören 27 Fälle, bei denen die Anfangszacke meist 39,0° (abends) überschreitet. Es wiesen auf 19 Fälle den Typus II, 8 Fälle den Typus IV.

In der Vorgeschichte war sechsmal Scharlach, einmal Nierenentzündung, einmal eine kürzlich durchgemachte Grippe, einmal Diphtherie.

Drei Patienten waren mit Hg vorbehandelt.

Die Präparate waren dreimal Salvarsannatrium, 18mal Silbersalvarsan und sechsmal Sulfoxylatsalvarsan.

Ferner fand sich in fast allen Fällen verzögerte Milchzuckerausscheidung und zweimal ungenügende Konzentrationsfähigkeit.

Mehrmals systematisch wurde der Wasserversuch bei 16 Patienten angestellt.

Außer genannten 27 fanden sich noch fünf Fälle mit Anfangszacke bei normaler Nierenfunktion. Diese waren sämtlich mit Silbersalvarsan behandelt. In einem Fall bestand hochgradige Bleichsucht.

Fall 65. Erna G. Lues II.

Vor Beginn der Behandlung zeigt die Kurve eine leichte Verzögerung der Ausscheidung nach Typus IV. 1050 ccm werden bis 12 Uhr ausgeschieden. Nach der ersten Spritze (0,15 Natriumsalvarsan) Fieberzacke 38,5. In der Folge wird das Präparat in der Dosis von 0.3 reizlos vertragen. Der Wasserversuch nach der fünften Spritze ergibt eine deutliche Verschlechterung der Funktion (ausgesprochener Typus II) — von 1500 ccm werden nur 660 ccm bis 12 Uhr ausgeschieden — während nach der zehnten Spritze die Ausscheidung normal ist.

Der Fall zeigt, daß die schwache Niere auf die fremde Substanz derart reagiert, daß sie das Salvarsan zunächst nicht genügend ausscheidet. Später tritt dann eine Anpassung ein.

Fall 27. Anna W. Lues II.

Hat als Kind Scharlach durchgemacht. Nach der ersten Spritze Silbersalvarsan 0,15 Fieberzacke 39.2. Einen Tag später Milchzuckerversuch, der noch nach acht Stunden positiv ausfällt. Wasserversuch zeigt Typus IV. Silbersalvarsan in Dosen von 0,2 wird in der Folge gut vertragen. Nach der fünften Spritze ergibt der Wasserversuch eine starke Verzögerung nach Typus II.

Es hat also infolge der in der Kindheit durchgemachten Scharlachinfektion eine latente Nierenschädigung bestanden (Typus IV). Wahrscheinlich hat diese das Initialfieber veranlaßt. Während der Salvarsanbehandlung hat die Funktion der Nieren sich verschlechtert. Trotzdem konnte vorsichtig dosiertes Silbersalvarsan vertragen werden.

Fall 140. Antonie P. Lues latens.

Nach der ersten Spritze Natriumsalvarsan 0.2 Fieberzacke 39,8. Die folgenden Injektionen Natriumsalvarsan 0,15—0.3 werden reaktionslos vertragen. Der Wasserversuch zeigt nach der zweiten Injektion den Typus IV. Von 1000 ccm werden bis 12 Uhr nur 740 ccm ausgeschieden.

Fall 142. Gertrud T. Lues latens.

Hat als Kind Scharlach durchgemacht. Wasserversuch ergibt vor Beginn der Behandlung Typus IV. Denselben Typ zeigt er auch nach der ersten Injektion Sulfoxylatsalvarsan 0,1, nach der Fieberzacke von 37.6 auftritt. In der Folge wird Sulfoxylatsalvarsan 0.15—0,2 reaktionslos vertragen. Der nach der fünften und zehnten Spritze angestellte Wasserversuch zeigt nur noch eine geringe Verzögerung der Ausscheidung.

Digitized by Google

Die anderen 20 Fälle zeigen dasselbe Bild, so daß sich ihre Beschreibung erübrigt.

Soweit die Beurteilung dieser 24 Fälle möglich ist, ergibt sich ein Fingerzeig auf die Entstehung der Initialzacke, die immer als „Spirochätenfieber" gedeutet wird.

Der „Wasserfehler" ist bei unserer Technik auszuschließen.

Die fünf Fälle, welche trotz normaler Nierenfunktion eine Anfangszacke aufweisen, waren sämtlich mit Silbersalvarsan behandelt. Es waren dies leicht geschädigte Nieren, die sich dann jedoch auf das Schwermetall einstellten, da die Funktion ausreichend wurde.

Hier liegt der Gedanke nahe, daß die schädigende Wirkung auf die Silberkomponente zu setzen ist, denn es ist verständlich, daß das Schwermetall Silber eine Ausscheidungsstörung verursacht.

Bei den andern 24 Fällen war, wie gesagt, ausnahmslos eine Störung der Nierenfunktion festzustellen.

Es ist deshalb notwendig, systematisch weiter zu untersuchen, ob beim Auftreten der Anfangszacke nicht wenigstens bei einem Hauptteil der Fälle die Nierenstörung eine hervorragende Rolle spielt.

III. Gruppe:

„Salvarsanexantheme", d. h. Beschreibung der Nierenfunktion von Patienten, die zu irgendeinem Zeitpunkt der Salvarsanbehandlung ein Exanthem bekamen.

Hierzu gehören 23 Fälle, von denen 3 mit Hg vorbehandelt waren. 12 wiesen den Typus II, 5 den Typus IV und 5 den Typus III auf. Ein Fall zeigte nur eine erhebliche Herabsetzung der Konzentrationsfähigkeit.

Die Präparate waren 13mal Silbersalvarsan, fünfmal Sulfoxylatsalvarsan, zweimal Neosalvarsan (von Privatärzten behandelt).

Bei 11 Patienten stellten wir den Wasserversuch mehrmals systematisch an.

Es folgen zunächst die leichteren, den Typ II aufweisenden Fälle:

Fall 11. Anna G. Lues II.

Vertrug anstandslos acht Injektionen (zu 0.2) Silbersalvarsan. Nach der neunten Spritze allgemeines urtikarielles Exanthem, das später in Schuppung überging. Milchzucker war noch nach acht Stunden nachzuweisen. Der W. V. zeigte den Typus IV und verzögerte Ausscheidung.

Fall 13. Erna R. Lues II.

Fünf Salvarsanspritzen mit insgesamt 0,9 g gut vertragen (Silbersalvarsan). Nach der sechsten Spritze trat ein allgemeines, später schuppendes Erythem auf. M. Z. nach sechs Stunden schon negativ. W. V. deutliche Verzögerung nach Typus II. Von 1500 g wurden bis 12 Uhr nur 902 g ausgeschieden.

Fall 14. Minna G. Lues II.

Patientin erhielt drei Spritzen Silbersalvarsan zu 0,2, die keine Störung verursachten. Nach der vierten Spritze ausgedehntes schuppendes Exanthem. M. Z. wird schon nach vier Stunden ausgeschieden, während die Wasserausscheidung nach Typus II verzögert ist.

Fall 26. Berta R. Lues II.

Nach der ersten Spritze 0,15 Silbersalvarsan tritt eine mehrere Tage dauernde Urtikaria auf. M. Z. wird gut ausgeschieden. Die Konzentrationsfähigkeit ist außer-

Digitized by Google

ordentlich herabgesetzt. Spez. Gew. nach 36 Stunden = 1010. Im Sediment hyaline Zylinder. Der W. V. zeigt einen nach Typus III hinneigenden Typus II (940 ccm in vier Stunden ausgeschieden).

Fall 104. Elisabeth L. Lues II recidiva.

Nach der ersten Injektion Sulfoxylatsalvarsan 0.1 Abendzacke 37,6°. Urintagesmenge 700. Drei Tage später dieselbe Dosis Sulfoxylatsalvarsan. Abendzacke 37,8°. Urintagesmenge 500. Am nächsten Tage leichtes drei Tage anhaltendes allgemeines Erythem, hauptsächlich im Gesicht. M. Z. nach acht Stunden positiv. W. V. zeigt deutlich den Typ II (von 1500 werden 810 in vier Stunden ausgeschieden).

Fall 119. Marie D. Lues II.

Nach der ersten Injektion Silbersalvarsan 0.1 Abendzacke 39.2°. Die nächste Injektion 0.2 wird gut vertragen, doch geht die Urintagesmenge auf 450 zurück. Vier Tage darauf dieselbe Dosis Silbersalvarsan. Abendzacke 39.6°. Urintagesmenge 540. Am nächsten Tage großfleckiges Exanthem auf Rumpf und Extremitäten, das mit Fieber drei Tage anhält. M. Z. ist noch nach acht Stunden positiv. W. V. zeigt den Typus II (955 von 1500 ccm). In der Folge wird ein französisches leichtes Salvarsanpräparat gut vertragen.

Fall 159. Johanna K. Lues II.

Der bei der Aufnahme gemachte M. Z.-Versuch zeigt noch nach acht Stunden eine positive Reaktion. Die erste Spritze Silbersalvarsan wird gut vertragen. Einen Tag darauf W. V., der einen ausgesprochenen Typ II (von 1000 ccm 510 ausgeschieden) zeigt. Bei den nächsten beiden Spritzen 0.2 Silbersalvarsan Abendzacken von 38,4° und 37,4°. Die nächsten drei Spritzen werden gut vertragen. Der nach der fünften Spritze erneut angestellte W. V. zeigte einen leichten Typ II. Nach der siebenten Spritze Silbersalvarsan Abendzacke 37,4°. Drei Tage später Natriumsalvarsan 0,3. Danach Abendzacke 38.6°. Am nächsten Tage universelles großfleckiges Exanthem, das unter hohem Fieber (bis 39°) intermittierend 14 Tage anhält und unter Schuppung abheilt. Der während dieser Zeit in Abständen von zehn Tagen abermals angestellte W. V. zeigt beide Male wieder den Typ II. Milchzucker noch nach acht Stunden positiv, die Konzentrationsfähigkeit stark herabgesetzt (1015 spez. Gew.). Reststickstoff 23,52.

Fall 170. Gertrud R. Lues latens.

Hat als Kind Scharlach durchgemacht. Bei der Aufnahme zeigt der W. V. den Typ IV. Die beiden ersten Spritzen 0.2 Sulfoxylatsalvarsan werden reaktionslos vertragen. Nach der dritten Spritze 0,2 zwei Tage anhaltende erhöhte Temperatur bis 37,7°. Vier Tage danach erhielt Patient irrtümlicherweise 0,4 Sulfoxylatsalvarsan. Abends Schüttelfrost bis 40,1° und am nächsten Tage universelles großfleckiges Exanthem, das unter langsam remittierendem Fieber fünf Tage lang anhält. Die Urintagesmenge sinkt dabei einmal bis auf 150 ccm. Der W. V. zeigt ausgeprägten Typus II (460 von 1000 ccm). M. Z. noch nach acht Stunden positiv. Konzentrationsversuch nur 1015.

Gerade in diesem Falle sieht man, daß schwache Nieren durch Salvarsan funktionell geschädigt werden. Jede Niere hat ihre Reservekräfte. Solange diese nun der Schädigung die Wage halten, tritt keine Störung ein. Erst wenn diese Kräfte der fortgesetzten Schädigung erliegen, was nur bei schwachen Nieren der Fall ist, kommt es zu einer Ausscheidungsstörung. Es handelt sich meist um starre Nieren vom Typ II, die auf plötzliche zu starke Belastung (Sulfoxylat 0,4) nicht mehr genügend ausscheiden können.

Im folgenden führen wir Beispiele von Nierenstörungen nach Typ IV auf.

Fall 69. Richard B. Primäraffekt.

Gleich bei der Aufnahme wurde der Ausscheidungstyp IV festgestellt. Patient wurde darauf vorsichtig mit Natriumsalvarsan behandelt. Nach drei Injektionen mit im ganzen 0,75 Natriumsalvarsan trat ein universelles großfleckiges Exanthem auf. M. Z. noch nach acht Stunden nachweisbar, der W. V. zeigte den Typus IV noch ausgesprochener als bei der ersten Prüfung.

Digitized by Google

Fall 125. Alice K. Lues II.

Patientin wurde mit Silbersalvarsan behandelt. Die beiden ersten Injektionen wurden gut vertragen. Nach der dritten Spritze 0,2 trat Abendzacke von 37,6° auf. Der W. V. zeigte den Typus IV. Weitere Injektionen Silbersalvarsan wurden reaktionslos vertragen. Patientin wurde aus dem Krankenhaus entlassen und erhielt nun ambulant drei weitere Injektionen. Nach der letzten spürte sie Unbehagen (Fieber?). Trotzdem erhielt sie vier Tage später Silbersalvarsan 0.2. Hierauf am nächsten Tage hohes Fieber. Drei Tage später allgemeines großfleckiges Exanthem. Krankenhausaufnahme. Temperatur 39.5°, die als Kontinua vier Tage lang anhält. Der W. V. zeigt abermals den Typus IV. Konzentrationsversuch auf 1019 herabgesetzt. M. Z. bereits nach vier Stunden ausgeschieden.

Dieser Fall lehrt mit Deutlichkeit, daß bei schwachen Nieren Salvarsan nur mit äußerster Vorsicht und unter ständiger Kontrolle gegeben werden darf. Es kommt bei diesem Fall erschwerend hinzu, daß die Patientin während ihrer ambulanten Behandlung einen sehr unregelmäßigen Lebenswandel (Tänzerin) geführt hat, wodurch die ohnehin schwachen Nieren noch mehr belastet wurden. Das schwere Exanthem wäre bei klinischer Behandlung wahrscheinlich vermieden worden.

Dasselbe gilt von

Fall 6. Karl G. Lues II.

Patient machte drei Monate vor Beginn der Lues eine Nephritis durch. Er erhielt nun 16 Injektionen Silbersalvarsan zu 0,15 bis 0,25, die gut vertragen wurden. Die letzten sechs Spritzen wurden ambulant gegeben. Nach der 16. Injektion trat eine schwere allgemeine Dermatitis auf. Krankenhausaufnahme. M. Z. noch nach acht Stunden positiv. W. V. gab Typus III (780 von 1500 ccm) mit Ausfall mehrerer Portionen.

Auch bei diesem Fall hätte eine vor den letzten Spritzen vorgenommene Nierenprüfung zweifellos zu vorsichtigster Behandlung gemahnt. Bei eventuellem Übergang zu kleinen Dosen eines leichter verträglichen Präparates hätte der Ausbruch des Exanthems vermieden werden können.

Noch schwerere Fälle sind folgende:

Fall 101. Ida B. Lues II.

Die erste Spritze 0,3 wird epifaszial gegeben und gut vertragen. Nach der zweiten Spritze 0,3 (intravenös) tritt Abendzacke von 38.0° auf. Drei Tage später 0,4 Sulfoxylatsalvarsan intravenös, wonach am Abend Temperatur 39,4° auftritt. Am nächsten Tage 40.1°. Urintagesmenge 500. Ein Tag später großfleckiges universelles Exanthem, das neun Tage lang anhält. Temperatur seitdem normal. Urintagesmenge schwankt zwischen 500 und 800, Spuren von Albumen sowie vereinzelte Zylinder drei Tage lang. Reststickstoff 131,32. Der acht Tage nach Ausbruch des Exanthems angestellte W. V. zeigt einen starken Typus III mit Ausfall von fünf Portionen (280 von 1500 ccm). M. Z. noch nach acht Stunden positiv.

Fall 102. Grete H. Lues latens.

Patientin hat 1913 Nephritis durchgemacht. Bei der Aufnahme Albumen. Sediment ohne Befund. Die erste Spritze Silbersalvarsan 0.1 wird gut vertragen. Von da ab nach jeder Injektion (0,15—0.25) Abendzacken von 38,2° bis 40,2°. Die Urintagesmenge schwankt zwischen 800 und 1000. Milchzuckerausscheidung regelrecht. Nach der neunten Spritze 0,15 Abendtemperatur 39.4°, die kontinuierlich vier Tage lang anhält. Am fünften Tage ausgebreitetes großfleckiges Exanthem, das im Laufe der nächsten Tage zu einer schweren nässenden totalen Dermatitis führt und erst vier Wochen nach der Entstehung abzuheilen beginnt, während die Entfieberung bereits nach 16 Tagen eingetreten war. Der W. V. wies bei Ausbruch des Exanthems den Typus III mit Ausfall von fünf Portionen und Ausscheidung von 135 ccm von 1500 ccm auf. Im Urin ganz schwache Spuren von Albumen zwei Tage lang. Im Sediment keine Zylinder. Beim Abheilen des Exanthems zeigte der W. V. den Typus IV der Ausscheidungskurve mit einer Urinmenge von 1128 ccm. Milchzucker noch nach zehn Stunden positiv.

Digitized by Google

Bemerkenswert ist, daß alle bei uns beobachteten schweren Formen der Exantheme nach Verabreichung von Silbersalvarsan und Sulfoxylatsalvarsan auftraten, die wir anfangs wahrscheinlich in zu großen Dosen und zu oft gaben, ohne die Wirkung auf schwache Nieren genügend zu berücksichtigen.

Über die Störungen bei diesen Präparaten stimmen unsere Beobachtungen mit denen anderer Autoren überein.

Es ist sehr wahrscheinlich, daß, wie bereits hervorgehoben, hierbei die Metallkomponente den Ausschlag gibt, da die schwache Niere nicht fähig ist, neben dem Salvarsan noch ein Schwermetall auszuscheiden.

Man findet hier eine Parallele zum Quecksilber, denn die allerschwersten Exanthemformen stellten wir bei kombinierter Behandlung fest (s. u.).

IV. Gruppe:

Verträglichkeit des Salvarsans trotz schlecht funktionierender Nieren.

Hierzu gehören 28 Fälle, von denen 15 mit Hg vorbehandelt waren. Es kommen zu dieser Gruppe auch noch die unter Gruppe VI aufzuzählenden 19 Schwangeren.

Bei allen Fällen wurde der W. V. mehrmals systematisch angestellt.

Es wiesen auf 9 Fälle den Typ II, 17 den Typ IV, 2 den Typ III ohne die Schwangeren. Zu dieser Gruppe kann gesagt werden, daß sich verhältnismäßig häufig bei Patienten, die das Salvarsan gut vertragen, eine recht erhebliche Störung der Nierenfunktion graphisch nachweißen läßt. Es ist leicht zu verstehen, daß bei solchen Nieren irgendein Anlaß von außen, wie unvorsichtige Dosierung des Salvarsans oder unregelmäßige Lebensweise, Stoffwechselstörungen oder Infektionskrankheiten, vor allem gleichzeitige Quecksilberbehandlung genügen müßte, um eine Salvarsanstörung hervorzurufen. Solche Patienten vertragen das Salvarsan eben nur dann, wenn der Arzt erkannt hat und sich dauernd bewußt bleibt, daß es sich um nierenkranke Patienten handelt und wenn er den allgemeinen Zustand und das Verhalten der Nieren vor und nach jeder Salvarsanspritze genau beobachtet. Hier tritt unter Umständen zur Vermeidung einer plötzlichen Überlastung der Nierengefäße die epifasziale Behandlung in ihr Recht. Zu diesen nierenschwachen Patienten gehören die Graviden, von denen in einem besonderen Kapitel die Rede sein wird.

Es sollen hier zwei typische Fälle Erwähnung finden.

Fall 147. Martha V. Lues II.

Erhält als erste Spritze Silbersalvarsan 0,15, das reaktionslos vertragen wurde. Der Wasserversuch zeigt nach der ersten Spritze einen ausgeprägten Typus IV. Es wird trotzdem in der Folge weiter vorsichtig Silbersalvarsan verabfolgt, und zwar im ganzen elf Spritzen zu 0,2, bei denen sich niemals eine Störung zeigt, obwohl der nach der fünften und zehnten Spritze erneut angestellte Wasserversuch beide Male den Typus IV ergibt. Die Funktion des Nierenrestes ist also gut.

Fall 165. Ella F. Lues III, 54 Jahre (Ulcera cruris).

Vor der Aufnahme zehn Tage Schmierkur. Milchzuckerausscheidung noch nach acht Stunden positiv. Der Konzentrationsversuch ergab 1014. Spezifisches Gewicht. Wasserversuch vor und nach der ersten sowie nach der fünften Spritze zeigte jedesmal den Typ IV. Trotzdem wird Sulfoxylatsalvarsan in allerdings vorsichtigen Dosen 0,1—0,2 (sechs Injektionen) reaktionslos vertragen.

Digitized by Google

V. Gruppe:

Beschreibung der Nierenfunktion bei mit Quecksilber vorbehandelten Patienten.

Es gehören hierzu 39 Fälle, bei denen die Nierenfunktion sich durchgehend als gestört erwies. 7mal traten Exantheme auf, 11mal Fieber. Nur 11 Fälle vertrugen das Salvarsan reaktionslos. Die übrigbleibenden 10 Fälle machten bei uns aus irgend einem äußeren Grunde keine Salvarsankur durch.

Bei 27 Fällen wurde der Wasserversuch mehrmals systematisch angestellt.

Wir erinnern an die Patienten der andern Gruppen, die ebenfalls nach früher durchgemachten Hg-Kuren Nierenschädigungen aufwiesen.

Es sind dies 7 Fälle aus Gruppe I, 3 aus II, 3 aus III und 15 aus IV.

Fall 23. Rosa R. Lues II. Infektion vor drei Jahren.

Patientin hat vier kombinierte Kuren durchgemacht. Die letzte wurde einen Monat vor der Aufnahme hier beendigt. Sie wird mit Sulfoxylat- und Natriumsalvarsan behandelt. Nach 0,65 Natriumsalvarsan und 0.3 Sulfoxylat tritt Ikterus auf. Patientin wird darauf mit dem leichten französischen Billon behandelt und verträgt drei Spritzen ohne Störung. Als vierte Spritze bekommt sie 0.3 Natriumsalvarsan. Am nächsten Tage eintägiges urtikarielles Exanthem mit sofortiger unter leichter Schuppung einhergehender Abheilung. Milchzucker ist nach acht Stunden noch positiv. Wasserversuch zeigt Typus III—IV mit Ausfall von zwei Portionen. Konzentrationsversuch herabgesetzt (1018). In der Folge erhält sie wieder Billon, das gut vertragen wird.

Fall 46. Julie B. Lues II.

Patientin hat fünf Monate vor der Aufnahme zwei Hg-Salizyl-Injektionen erhalten. Vor der ersten Injektion und nach der fünften zeigt der Wasserversuch eine deutliche Verzögerung nach Typus II. Konzentrationsversuch zeigt herabgesetztes spezifisches Gewicht (1016). Trotzdem wird die Behandlung mit Silbersalvarsan in vorsichtiger Dosierung gut vertragen.

Fall 54. Ella L. Lues II recidiva.

Infektion vor $1^1/_2$ Jahren. Erste Schmierkur vor einem Jahr. zweite Kur (15 Hg-Salizylspritzen) vor einem halben Jahr. Nach der ersten Spritze 0,15 Natriumsalvarsan Wasserversuch, der den Übergang von Typus I zu Typus IV zeigt. Im Sediment Leukozyten und Erytrozyten. Silbersalvarsan wird zunächst ohne Störung vertragen. Nach der fünften Spritze weist der Wasserversuch einen ausgesprochenen Typus II auf. Ausscheidung 915 ccm von 1500 Flüssigkeitsmenge.

Auch bei diesem Fall scheinen die Schwermetalle (Quecksilber und Silber) eine fortschreitende Schädigung der Nieren bewirkt zu haben. Eine unvorsichtige Salvarsandosierung könnte leicht imstande sein, die Toleranzgrenze der Funktionsfähigkeit zu überschreiten.

Fall 57. Luise G. Lues II recidiva.

Infektion vor zwei Jahren. Vor einem Jahr zehn Hg-Salizyl- und zwei Salvarsanspritzen. Bei der Aufnahme starker Ikterus. Milchzucker ist nach sechs Stunden positiv. Konzentration 1017. Wasserversuch ausgesprochener Typus III (800 ccm von 1500 ccm ausgeschieden). Im Sediment Leukozyten und Epithelien.

Patientin wird ohne Behandlung entlassen. Einen Monat später Wiederaufnahme. Wasserversuch wird nach der ersten und fünften Spritze (Sulfoxylat 0.2) angestellt und zeigt beide Male gering verzögerte Ausscheidung nach Typus II. Sulfoxylat wird in den genannten Dosen ohne Störung vertragen.

Man sieht, daß die Funktion der Niere ohne jedes Zutun, schon unter der Ruhe des Krankenhauses, sich nach kurzer Zeit gebessert hat und nun eine vorsichtige reine Salvarsanbehandlung gut verträgt. Daß

Digitized by Google

eine solche schnelle Besserung überhaupt eintreten kann, zeigt, daß die Schädigung nicht tubulär, sondern vaskulär bedingt ist, worauf u. a. FRANK und BEHRENRODT (5) hingewiesen haben. Diese Autoren haben ebenfalls nachgewiesen, daß nach Infektionskrankheiten häufig nur funktionelle Störungen der Nierentätigkeit festzustellen sind, obgleich die Nieren organisch gesund zu sein scheinen.

Fall 56. Anna B. Lues II.

Vor drei Monaten erhielt Patientin sechs Hg-Salizyl- und vier Salvarsanspritzen. Bei der Aufnahme schwere Stomatitis mercurialis. Im Sediment Leukozyten und Epithelien. Wasserversuch Typus II—III (510 ccm von 1500 ausgeschieden), trotzdem werden fünf Spritzen Natriumsalvarsan 0.3 ohne Störung vertragen. Nach der fünften Spritze zeigt der Wasserversuch wieder den Typus II—III mit etwas erhöhter Ausscheidungsmenge (710). Auch weitere drei Spritzen werden gut vertragen, bis nach der achten eine Fieberzacke von 38° auftritt.

Bei dieser Spritze scheinen also die Reservekräfte der Niere erschöpft gewesen zu sein. Die Fieberzacke ist die Mahnung zur Vorsicht bei Weiterbehandlung.

Fall 116. Agnes M. Lues II.

Patientin hat vor vier Wochen sechs Hg-Salizyl- und drei Salvarsanspritzen erhalten. 14 Tage vor der Aufnahme bekam sie eine Stomatitis mercurialis, die z. Zt. der Aufnahme noch besteht. Milchzucker ist nach 24 Stunden noch positiv, der Wasserversuch zeigt Typus II (730 von 1500 ccm). Da sie das Krankenhaus verließ, wurde sie nicht mehr weiter behandelt.

Fall 121. Helene J. Lues II.

Patientin ist kurz vor der Aufnahme mit sieben Hg-Salizylspritzen vorbehandelt worden. Sie erhält sieben Injektionen Sulfoxylatsalvarsan 0,2, die gut vertragen werden. Drei Wochen nach der Aufnahme tritt eine Stomatitis auf. Nach der nächsten Injektion Natriumsalvarsan 0,15 Abendtemperatur 38,1 und dreitägige Kontinua bis 38.9. Milchzucker nach acht Stunden negativ. Wasserversuch zeigt den Typus IV mit verringerter Ausscheidung (750 von 1500 ccm). In der Folge wird Natriumsalvarsan in gleichen Dosen gut vertragen.

Die Stomatitis mußte auf eine Nierenschädigung hinweisen. Daher wurde Natriumsalvarsan nur in kleinster Dosis gegeben. Aber auch schon dieses genügte, um die Toleranzgrenze der schwachen Niere zu überschreiten.

Die folgenden zwei Fälle behandeln besonders schwere, nach kombinierter Kur aufgetretene Exantheme.

Fall 111. Anna G. Lues II.

Patientin hat ein halbes Jahr vor der Aufnahme eine kombinierte Salvarsan-Hg-Schmierkur durchgemacht, die ein Vierteljahr lang dauerte. Während der Kur litt sie häufig an Stomatitis mercurialis. Sechs Wochen vor der Aufnahme erhielt sie auswärts sechs Salvarsaninjektionen. Drei Tage nach der letzten Einspritzung trat ein universelles Exanthem auf, das im Laufe des nächsten Tages an Schwere zunahm.

Patientin wurde in einem sehr elenden Zustande aufgenommen. Rumpf, Extremitäten und Gesicht wiesen ein schwerstes, nässendes Ekzem auf. Die Temperatur blieb 21 Tage lang kontinuierlich um 39°. Milchzucker nach acht Stunden noch positiv, der Wasserversuch zeigt schweren Typ III (230 von 1500 ccm). Im Urin konnte Hg nachgewiesen werden.

Nach vier Wochen wurde der Wasserversuch wieder angestellt und zeigte jetzt eine Besserung, nämlich Typ III, Übergang zu IV (1000 von 1500 ccm).

Fall 115. Alexandra T. Lues II.

Als Kind Scharlach. Zwei Monate vor der Aufnahme mit 13 Hg-Salizyl- und sechs Salvarsanspritzen vorbehandelt. Die letzten Salvarsaninjektionen erhielt die Patientin vier Wochen vor der Aufnahme. Acht Tage später trat ein universelles Exanthem auf, das zu einer ausgedehnten nässenden Dermatitis führte. Bei der Aufnahme fieberte die sehr elende und schwache Patientin eine Woche lang kontinuierlich bis 38°. Im Urin war Hg nachzuweisen. Milchzucker bereits nach sechs Stunden negativ, der Wasserversuch zeigte den Typ II—III.

Digitized by Google

Fall 233. Berta K. Lues II.

Patientin hat mehrfach als Kind und auch später Angina gehabt. 14 Tage vor der Aufnahme Pneumonie.

14 Tage nach der Aufnahme Angina, die nach einer Woche abgeheilt ist.

Patientin erhielt ein um den andern Tag sechs Spritzen von je 0,01 Sublimat. Nach der zweiten Spritze 38,2 Abendtemperatur.

Nach dieser Injektionskur ist die Milchzuckerausscheidung bereits nach sechs Stunden beendigt. Der W. V. weist starke Verzögerung nach Typus II auf (820 von 1000 ccm).

Patientin erhielt nunmehr vorsichtig Salvarsan, und zwar Salvarsannatrium 0,15. Am nächsten Tage großfleckiges Exanthem auf Brust, Armen und Gesicht. Abendtemperatur 37,2. Nach vier Tagen ist das Exanthem verschwunden. In der Folge wird Salvarsannatrium in Dosen von 0,15 gut vertragen.

Die letzten Fälle bestätigen die von WECHSELMANN (6) kürzlich wiederholte Feststellung, daß durch Hg geschädigte Nieren nach Einspritzung von Salvarsan ihre Tätigkeit vollkommen einstellen können. Das Salvarsan wird infolgedessen nicht durch die Nieren, sondern durch die Haut ausgeschieden.

Als letztes sehr instruktives Beispiel für Nierenschädigung nach Hg.

Fall 234. Marie W.

Früher nie krank gewesen. Drei Monate nach der Infektion Schmierkur, auf die Pat. mit einer schweren geschwürigen Mundhöhlenentzündung reagierte. Der drei Tage danach angestellte Milchzuckerversuch zeigte, daß die Ausscheidung erst nach 24 Stunden beendet war. Der W. V. wies eine schwere Verzögerung nach Typus II auf (670 von 1000 ccm).

VI. Gruppe:

Nierenfunktion bei Schwangeren.

Es gehören hierzu 19 Fälle im vierten bis achten Monat. Nur ein Fall war in seiner Nierenfunktion nicht geschädigt.

9 Fälle wiesen den Typus II, 6 den Typus IV und 4 den Typus III auf.

Daß bei Schwangeren die Nierenfunktion fast immer geschädigt ist, hat WECHSELMANN (7, 8) mehrfach betont.

Aus diesem Grunde werden auf unserer Abteilung alle Schwangeren außerordentlich vorsichtig behandelt, und zwar geben wir im allgemeinen Neo- bzw. in letzter Zeit Sulfoxylatsalvarsan nicht intravenös, sondern in Dosen von 0,15 bis 0,2 auf die Faszie des Musc. Glutaeus maximus, da intravenöse Darreichung irgend eines Präparates fast stets bedenklich erscheint. Diese Injektionen sind bei richtiger Technik so gut wie schmerzlos und führen nie zu Abszeßbildung. Es liegt auf der Hand, daß derart geschädigte Nieren das allmählich in den Kreislauf tretende Salvarsan besser ausscheiden können, als eine weniger große auf einmal in den Blutkreislauf gebrachte und die Niere schwer belastende Salvarsanmenge.

Bei dieser Verabreichung brauchen wir denn auch trotz hochgradig gestörter Nierenfunktion niemals eine Schädigung zu beobachten.

Ein gutes Beispiel bietet

Fall 5. Martha K. Lues I. Gravida V.

Patientin wird irrtümlicherweise gleich mit 0,3 Silbersalvarsan intravenös behandelt. Es trat eine Fieberzacke von 40° auf. Wasserversuch zeigte Typ IV. Epifasziale Spritzen wurden in der Folge gut vertragen.

Digitized by Google

Fall 62. Marie G. 34 Jahre. Lues I. Gravida VIII.
Zeigt vor und nach der ersten Spritze Silbersalvarsan ausgesprochenen Typ III und hochgradig verzögerte Milchzuckerausscheidung. Nach der ersten Spritze 0,15 war die Abendzacke 39,0.
Daß in der Folge gegebene Sulfoxylat (epifaszial) wird ohne Störung vertragen.

Fall 43. Erna F. Lues II. Gravida VIII.
Milchzucker noch nach zehn Stunden positiv. Wasserversuch zeigt Typ III (310 von 1000 ccm). Trotzdem wurden acht Spritzen Sulfoxylatsalvarsan (epifaszial) ohne Störung vertragen.

Die übrigen Fälle zeigen ähnliche Bilder wie die angeführten. Es erübrigt sich daher die Beschreibung.

Zusammenfassend können wir aus unseren bisherigen Erfahrungen nachstehende praktische Folgerungen ziehen:

Vor Einleitung der Salvarsantherapie ist Erhebung einer genauen Vorgeschichte notwendig. Insbesondere muß nach etwa früher durchgemachten Infektions- bzw. Nierenkrankheiten oder Metallvergiftungen gefahndet werden.

Mindestens in diesen Fällen, besser in allen, ist vor Beginn der Salvarsankur die Arbeitskraft der Niere festzustellen und dementsprechend die Form der Anwendung und Dosierung zu bestimmen, und zwar jede einzelne Dosis je nach dem Maße der augenblicklichen Arbeitsfähigkeit der Niere.

Die Urinuntersuchung auf Eiweiß und Sediment genügt auf keinen Fall. Selbst die Tagesausscheidungsmenge gibt nur einen ungefähren Anhaltspunkt, da der in den ersten vier Stunden zurückgehaltene Urin später noch ausgeschwemmt werden kann, trotzdem die Nieren funktionell geschädigt sind.

Wir sind uns darüber im klaren, daß der Praktiker die immerhin umständlichen Nierenfunktionsprüfungen in dieser Form kaum ausführen kann. Auf jeden Fall aber muß er sich bewußt sein, daß oft ohne Eiweißausscheidung eine funktionelle Nierenstörung vorliegen kann. Jedes Abweichen vom Normalen im Verhalten des Patienten muß eine Mahnung zu recht vorsichtiger Auswahl und Dosierung des therapeutischen Mittels sein, um nicht die Niere zu überlasten und damit ihre Toleranzgrenze zu überschreiten.

Literatur.

1. Alwens, Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm., Bd. 72. — 2. Loewy u. Wechselmann, B. kl. W., 1913, Nr. 29. — 3. Becker, Zschr. f. exp. Path. u. Ther., 1918, Bd. 19, Heft 2. — 4. Grote, M. m. W., 1917, Nr. 21. — 5. Frank u. Behrenrodt, Verhandl. d. Kongr. f. inn. Medizin, 1913, Bd. 30. — 6. Wechselmann, Derm. W., 1919, Bd. 69. — 7. Derselbe, M. m. W., 1914, Nr. 34. — 8. Derselbe, M. m. W., 1917, Nr. 11.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

März 1920.

Lichen planus, von GRAHAM LITTLE (Fortsetzung folgt).

Ein Fall von rekurrierender, durch einen Diphtheriebazillus verursachter Hautulzeration, von H. W. BARBER und F. A. KNOTT. Die Eruption begann am linken Handrücken mit einer Art Blase, die aufbrach, zu einem Geschwür sich umwandelte und allmählich am Vorderarme verbreitete; bei dem 48jähr. Pat. wurde nun Behandlung mit feuchten Verbänden, Röntgenstrahlen, Pulvern angewandt, aber es zeigte sich wenig Heilungstendenz, vielmehr trat drei Monate später am linken Unterschenkel ein neuer geschwüriger Prozeß auf. WR negativ, Untersuchung auf Blastomyzes, Sporo- und Streptothrix ebenso, bis eine Art Diphtheriebazillus gefunden und damit eine autogene Vakzine hergestellt und injiziert wurde, worauf an beiden Geschwürsstellen ausgesprochene lokale Reaktion eintrat und allmählich die eine derselben in Heilung überging, während die andere (am Beine) noch nach etwa zehn Monaten böse aussah und schmerzhaft war. Die genaue bakteriologische Untersuchung mit den Tierversuchen ließ mit Wahrscheinlichkeit den Schluß zu, daß es sich bei diesen hartnäckigen Hautgeschwüren um eine Art Diphtheriebazillus handelte, der bei Meerschweinchen aber nur Abszesse mit einem hohen Grad von Phagozytose hervorrufen kann.

April 1920.

Lichen planus, von GRAHAM LITTLE (Fortsetzung und Schluß). In der zusammenfassenden Arbeit, mit der L. die 42. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung (Atlantic City, N. J., 16.–18. Juni 1919) eröffnete, werden besonders eingehend die Histopathologie, dann die verschiedenen klinischen Varietäten (Lichen planus linearis, annularis, hypertrophicus oder verrucosus, sclerosus, spinulosis, variegatus, nitidus), Ätiologie, die trotz verschiedener, gewinnender Theorien noch völlig ungeklärt ist, und Behandlung des Lichen besprochen. L. hat gute Erfolge mit Enesolinjektionen (zwei an jedem zweiten Tag, etwa sechs Wochen lang fortgesetzt) gehabt, und zwar in allen Stadien der Krankheit, akuten und chronischen Fällen und damit besonders günstig das Juckgefühl, das nach acht Tagen meist schwand, beeinflußt. Gewisse Diät (mehr vegetarische Kost) dürfte auch von Einfluß sein, bei ausgedehnten Wucherungen Kohlensäurebehandlung, während Röntgenstrahlen höchst unbefriedigend, ja direkt schädigend gewirkt haben.

Ein Fall von extramammärer Pagetscher Krankheit in der Achselhöhle, verbunden mit Condylomata acuminata an den äußeren Genitalien, von Y. SATANI-Zyoto, Japan. Der Fall betraf einen 74jähr. Mann, bei dem die Affektion in der Achselhöhle im Verlaufe eines Jahres immer mehr an Ausdehnung trotz aller möglichen Behandlungsversuche zunahm und dasselbe klinische und histologische Bild wie jene der Brustwarzenkrankheit selbst zeigte. Chirurgischer Eingriff — totale Entfernung der Geschwulst in der Achselhöhle — wurde mit Erfolg ausgeführt und Patient konnte drei Wochen später geheilt das Krankenhaus verlassen. Tabellarische Zusammenstellung aller bis jetzt veröffentlichten (über 30) Fälle von extramammärer Pagetscher Krankheit und Abbildungen über den makroskopischen und histologischen Befund vorliegenden Falles.

Fibroma simplex, von LOUIS SAVATARD. Der seltene — unter 75000 Fällen S.s der einzige — Fall kam bei einem 15jähr. Mädchen vor, das am rechten Oberarme eine kleine (17 : 12 mm), leicht über der Haut erhabene und mit ihr bewegliche Geschwulst zeigte; der Knoten war sehr hart und seit drei Monaten vorhanden. Die Exzision bestätigte obige Diagnose, die ursprünglich auf Lupus vulgaris gestellt worden war.

Mai 1920.

Studien über den Einfluß der Lichtbehandlung auf Vitiligo, von CARL WITH. Bei den Versuchen, welche W. am Finsen-Institut zu Kopenhagen anstellte, ergab sich, daß durch Bogenlichtbäder Vitiligo an Stellen sichtbar wird, wo sie vorher nur schwer zu erkennen war, während es andererseits nicht gelang, neue Vitiligoflecken hervor-

Digitized by Google

zurufen. Das Bogenlicht ruft auf Vitiligoherden eine mehr oder weniger ausgesprochene makuläre Pigmentierung hervor, die sich von der Peripherie zum Zentrum hin ausbreitet und wenigstens 14 Monate anhält. In 3 Fällen hielt die Pigmentierung noch an, nachdem die Lichtbäder ausgesetzt wurden. Die Vitiligoherde reagieren mit einem stärkeren Erythema als die pigmentierte Haut, aber allmählich sind die Pat. imstande, eine Lichtmenge zu ertragen, auf welche sie früher mit einem Erythema reagierten, und zwar nicht nur auf der pigmentierten, sondern auch auf den vitiliginösen Hautstellen. W. schließt daher, daß der Organismus fähig ist, in anderer Weise als durch Pigmentbildung sich gegen Lichteinwirkung zu schützen; es dünkt ihm noch nicht als endgültig erwiesen, daß die Rolle der Pigmentierung ein Schutz gegen das Licht sei wenn auch so viele Beobachtungen diesen Schluß als wahrscheinlich zulassen.

Studien über Pigment mit der Dopareaktion, speziell in Fällen von Vitiligo, von Arne Kissmeyer. Nach dem Vorgang von Bruno Bloch, der den Dopafarbstoff, eine Mischung von Pyrokatechin und der a-Aminopropionsäure (3, 4-Dioxy-phenylalanin), zu seinen Untersuchungen über das Hautpigment zuerst in ausgedehntem Maße anwandte, forschte auch K. am Finsen-Institut zu Kopenhagen mittels dieser wertvollen Farbstoffreaktion nach dem Ursprung des Hautpigments. Er fand ebenfalls die dopapositiven (schwarzgefärbten) Zellen nur in der Epidermis, und weder die gewöhnlichen noch die Pigmentzellen des Koriums waren mit Dopa gefärbt. An den Schnitten, die nach der Gefrierung angefertigt und mit 1—2%iger Dopalösung gefärbt wurden usw. usw., sah man zuweilen Melanoblasten in großer Menge, zuweilen weniger oder gar keine, und man hatte als sehr interessante Tatsache den Eindruck, daß diese Zellen (Melanoblasten) aus dem schon pigmentierten Teil der Haut in den nicht pigmentierten übertreten. Beim Studium der Pigmentnävi, besonders kleinerer, konnte K. sodann das direkte Hineinwachsen der dopagefärbten Basalzellen aus der Epidermis in das Korium feststellen und daß die ätiologisch und morphologisch veränderten epidermalen (Nävus-) Zellen ihren Inhalt von Dopaoxydase behalten und auf Licht durch eine vermehrte Produktion von Oxydase reagieren, wie an Pat. mit solchen Nävi, die mit Bogenlichtbädern behandelt wurden, gezeigt wurde.

Eine Syphilisfamilie, von G. R. Hamilton. Mutter und drei Kinder zeigten positive, der Vater und die zwei jüngsten negative Reaktion. H. nimmt an, daß die Frau ihren Mann nicht, sondern nur die drei älteren Kinder infiziert hat und beim vierten Kinde die Krankheit zum Erlöschen kam. Die Mutter hatte sechs Wochen vor dem Auftreten eines allgemeinen Ausschlags Tonsillitis, wie auch alle Kinder mit positiver Reaktion. Keines derselben zeigte aber die Hutchinsonschen Symptome oder irgend eine andere syphilitische Erscheinung mit Ausnahme der positiven Blutprobe, und alle waren gesund und wohlgenährt. H. glaubt, daß es sich bei dieser ganzen Familie um erworbene, nicht ererbte Syphilis handelte.

Juni 1920.

Chronische, fibroide subkutane Syphilome der Beine, verbunden mit chronischer periurethraler Induration des Penis (sogenannter Induratio penis plastica), von F. Parkes Weber. Bei dem 60jähr., wohlgebauten und wohl aussehenden Manne, der nur im Alter von 20 Jahren Blennorrhoe, aber nie Syphilis gehabt hatte, war die Blutuntersuchung ausgesprochen positiv und W. sieht in diesem Falle ein Beispiel von tertiärsyphilitischen Erscheinungen im subkutanen Gewebe, die fibrös geworden sind, wie es bei tertiärer Syphilis solche fibröse Entartungen in Leber, Lunge oder anderen inneren Organen gibt; die periurethrale Induration kann vielleicht auf dieselbe Weise erklärt werden.

Keratodermia blennorrhagica: ist sie eine Art von Psoriasis? von H. G. Adamson. Bei der Ähnlichkeit, welche zuweilen das äußere (klinische) Bild der mit Gelenksveränderungen verbundenen (arthropathischen) Psoriasis mit der blennorrhoischen Hyperkeratosis ebenso wie der histologische Befund aufweisen, legte sich A. diese Frage vor, zumal er Fälle von (arthropathischer) Psoriasis beobachtet hat, bei welchen die Veränderungen an Handtellern und Fußsohlen auffallend jenen von blennorrhoischer Hyperkeratosis glichen, in vielen Fällen letzterer Affektion an Beinen oder am Rumpfe Eruptionen vorkamen, die von Psoriasis nicht zu unterscheiden waren, und schließlich in der Tat Fälle vorkamen, wo die Differentialdiagnose zwischen beiden Affektionen nur schwer zu stellen war. Ohne natürlich behaupten zu wollen, daß Psoriasis blennorrhoischen Ursprungs sei, möchte A. obige Frage dahin beantworten, daß das pathogene

Digitized by Google

Agens der Psoriasis vielleicht ein Mikroorganismus sei, der mehr oder weniger nahe mit dem Gonokokkus verwandt ist.

Die Beziehung zwischen Arsenikvergiftung und Yperitis, von J. E. R. McDonagh. Verf. fand in Fällen von Arsenik- und Gasvergiftung, welche unter seine Beobachtung kamen, drei Tatsachen, welche beiden Arten gemeinsam zu sein schienen, 1. der verzögerte Beginn der Vergiftungssymptome, 2. das Verschwinden und Wiederauftreten derselben und 3. die Häufigkeit, mit der eine Bakterieninfektion (Furunkeln, Karbunkeln, Abszesse, Bronchopneumonie septischen, Influenza- oder Pneumokokken-Ursprungs) die schlimmsten Fälle kompliziert. Rückfälle kommen bei Arsenik- und anderen Metallvergiftungen häufiger vor als bei der Yperitis (Gasvergiftung), aber bei beiden Arten können sie durch Substanzen, wie Alkohol, Chloroform, Äther usw. verursacht werden. McD. kommt nun bei seinen weiteren Untersuchungen zu dem Schlusse, daß Arsenik bei Vergiftung mit Arsenobenzol und Schwefel bei jener mit Gasen die ursächliche Rolle spielt und beide katalytisch wirken, welche Tatsache ihre rasche Ausscheidung hindert und das wiederholte Auftreten von Vergiftungserscheinungen hervorruft. Metallische und nicht metallische Substanzen sind füreinander Gegengifte; therapeutisch wirken sie durch die im Wirte vorhandene Resistenzkraft, welche sie wenn in übermäßiger Dosis gegeben, zerstören, wobei sie andere Organismen, welche normalerweise in Schach gehalten werden, befähigen, sich zu vermehren, bis sie den Pat. töten.

Ein Fall von Keratodermia blennorrhagica bei einer Frau, von Leonard Isaak. Der Hautausschlag war bei der 28jähr. Frau hauptsächlich auf den Fußrücken beiderseits beschränkt, aber ausgedehnter, konfluierend und rupiaähnlich auf dem linksseitigen. Sie hatte Ausfluß und der Ehemann gleichzeitig akute Blennorhoea; bei der Frau erfolgte vollständige Heilung.

M. Stern-München.

Zeitschrift für Urologie.

1920, Bd. 14, H. 6.

Unsere Erfolge bei suprapubischer Prostatektomie, von Karl Ritter von Hofmann-Wien. Verf. kommt auf Grund der Untersuchungen zu dem Schlusse, daß die Prostatektomie bei Pat., deren Allgemeinbefinden und speziell die Nierentätigkeit nicht allzusehr geschädigt ist, eine verhältnismäßig ungefährliche Operation darstellt, durch welche die Kranken von ihren Beschwerden, wenn dieselben auch vorher noch so heftig waren, dauernd und vollständig befreit werden. Der lokale Befund vor der Operation (Größe der Prostata, Blutungen, schwere Zystitis, Steinbildung) rücksichtlich der definitiven Heilung spielt kaum eine Rolle, es kommt fast ausschließlich auf den Nierenbefund an.

Hydronephrozystanastomose, von H. Schloffer-Prag. Verf. berichtet über einen vor 14 Jahren operierten Fall, bei dem er — es lag eine rechtsseitige Hydronephrose vor, die vom Rippenbogen bis zur Symphyse reichte — eine Anastomose intraperitoneal des Sackes mit der Blase herstellte. Die Operation hatte einen äußerst günstigen Erfolg — die Pat. fühlt sich ohne Beschwerden. Die jetzige Untersuchung ergibt einen normalen Befund.

Zur Behandlung der weiblichen Inkontinenz, von G. Praetorius-Hannover. Das Verfahren, das der Verf. nur bei leichteren Fällen relativer Inkontinenz anwendet, ist kurz folgendes: Der Scheideneingang wird durch einen in die hintere Kommissur eingelegten kurzen breiten Haken entfaltet; in die Harnröhre wird eine Dittelsche Metallsonde von mittlerer Stärke eingelegt und senkrecht gehalten. Die Unterseite der Harnröhre wird hinter der Mitte in ganzer Breite quer inzidiert und dieser Schnitt wird durch drei Jodkatgutnähte in der Längsrichtung möglichst exakt vereinigt. Der Erfolg ist gut.

Zur Frage der Reflexanurie, von C. Hammesfahr-Magdeburg. Für das Zustandekommen einer Reflexanurie muß eine abnorme, selten vorkommende, wahrscheinlich angeborene Reflexerregbarkeit der Niere vorhanden sein.

W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

d. Serologie.

Die Bedeutung der Sachs-Georgischen Ausflockungsmethode für die Serodiagnose der Syphilis, von L. Hauck-Erlangen. (M. m. W., 1919, Nr. 49.) Übereinstimmung mit Wassermann in 80.66%. Positiver Ausfall ohne Syphilis in 7,5%. Die Methode ist also kein Ersatz, sondern nur eine wertvolle Ergänzung des Wassermannverfahrens. Bei erscheinungsloser und bei behandelter Syphilis ist sie empfindlicher. v. Notthafft-München.

Zur Methodik des serologischen Luesnachweises mittels Ausflockung durch cholesterinierte Organextrakte, von H. Sachs und W. Georgi-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1920, Nr. 3.) Der zweifelhafte Ausfall der Probe wird vermieden, wenn man die Röhrchen statt 2 Stunden 18—24 Stunden im Brutschrank läßt. Es scheint, daß dadurch auch überfeine Reaktionen umgangen werden. v. Notthafft-München.

Vergleichende Untersuchungen zwischen der WR im Liquor und den Flockungsmethoden nach Hermann-Perutz und Sachs-Georgi, von H. Eicke-Berlin. (M. Kl., 1919, Nr. 51.) Zur Prüfung der Zuverlässigkeit dieser beiden Methoden hat Verf. 358 Liquors nach Sachs-Georgi und davon 101 gleichzeitig auch nach Hermann-Perutz geprüft. Dabei ergab sich mit letzterer Methode elfmal ein positiver Ausfall bei klinisch- und nach Wassermann nichtluetischen Individuen. Bei den Reaktionen nach Sachs-Georgi fand sich Übereinstimmung mit der WR in 91% der Fälle, und nur bei vier Fällen war ein positiver Ausfall im Gegensatz zu einem negativen Wassermann zu verzeichnen, während bei 26 Patienten das umgekehrte Verhalten statthatte. Eine Steigerung der Empfindlichkeit der Reaktion läßt sich vielleicht durch Änderung der Dauer der Inaktivierung, durch stärkeres Cholesterinieren oder durch andere Extraktbereitung erzielen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über eine Ausbaumöglichkeit der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion, von P. Neukirch-Kiel. (M. Kl., 1920, Nr. 3.) Nebst anderen Versuchen in dieser Richtung hat Verf. namentlich mit der „geglühten Kieselgur" (Kahlbaum) Untersuchungen ausgeführt, um damit eine Adsorption der für die Ausflockung hinderlichen Eiweißkörper zu bewirken. Bei einer Beobachtungsreihe von 114 Seris wurden je 5 ccm zehnfach verdünnten aktiven und je 5 ccm zehnfach verdünnten inaktiven Patientenserums mit je etwa 1 g geglühten Kieselgurs einmal durchgeschüttelt und dann durch Filterpapier filtriert. Mit dem Agglutinoskop wurde festgestellt, daß keine Kieselgurkörner in dem Filtrat enthalten waren. Alsdann wurde je 1 ccm der Filtrate mit 0,5 ccm sechsfach nach Sachs und Georgis Vorschrift fraktioniert verdünnten cholesterinierten Rinderherzextraktes vermischt. Der Vergleich mit der ursprünglichen Sachs-Georgischen Vorschrift ergab unter den 114 Fällen 13, welche sowohl nach Behandlung mit Kieselgur wie auch nach Inaktivierung bei 56° C ausflockten. Bei allen handelte es sich um sichere Syphilis; bei fünf syphilitischen Patienten fand Verf. aber Ausflockung nur nach Vorbehandlung mit Kieselgur und nicht nach der ursprünglichen Sachs-Georgi-Methode. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage der Spezifität beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung nach Sachs und Georgi, von E. Stilling-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1920, Nr. 2.) Bei der von Sachs und Georgi angegebenen Reaktion auf Lues mittels cholesterinierter Extrakte lautete die ursprüngliche Vorschrift, die Versuchsröhrchen zunächst 2 Stunden im Brutschrank und dann über Nacht bei Zimmertemperatur stehenzulassen. Seitdem haben diese Autoren die Modifikation empfohlen, die Röhrchen nur 18—24 Stunden im Brutschrank bei 37° C zu belassen. Diese Brutschrankmethode zeigt etwas geringere Empfindlichkeit, scheint aber in bezug auf die Spezifität der ursprünglichen Vorschrift überlegen zu sein. Blumenthal hat nämlich bei der Prüfung von Tuberkulosekranken z. B. einen großen Prozentsatz von positiven Reaktionen erhalten. Stilling hat zur Nachprüfung eine Serie von 101 Fällen, meist tuberkulösen, mit der „Brutschrankmethode" und zugleich mit der ursprünglichen Methode nachgeprüft und eine deutliche Überlegenheit der ersteren in bezug auf Übereinstimmung namentlich mit der WR festgestellt. Bei einer anderen Beobachtungsreihe wurde die beachtenswerte Tatsache konstatiert, daß manche unspezifische Sera nach verhältnismäßig kurzer Zeit des Zusammenwirkens mit dem Extrakt Ausflockung aufweisen können, die aber am nächsten Tage vollständig wieder vergangen ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Kann die SGR und MR die WR in jedem Falle ersetzen? von MERZWEILER. (D. m. W., 1919, Nr. 46.) Der positive Ausfall der SGR ist beweisend für Lues. Die WR stimmt mit der SGR in 86% aller Fälle überein. Die Differenzen beziehen sich nur auf Luesfälle; die SGR gibt 5—10% mehr positive Resultate als die WR, andererseits aber auch einige Male ein negatives Resultat, wo die WR positiv ausfällt. Die Brauchbarkeit der SGR läßt nach, wenn die Seren mehr als fünf Tage aufbewahrt sind. Die SGR ist als Ersatz der WR durchaus geeignet. Die MR gibt zwar in einer ebenso großen Zahl von Fällen wie die SGR übereinstimmende Resultate mit der WR, aber es konnten in 12% der Fälle unspezifische Reaktionen festgestellt werden. Der positive Ausfall der MR ist daher nicht absolut für Lues beweisend. Die MR kann daher z. Z. die WR noch nicht ersetzen. Das Verdienst MEINICKES, die Frage einer leicht ausführbaren Ausflockungsreaktion durch seine Arbeiten wieder ins Rollen gebracht zu haben, bleibt durch diese Untersuchungen nach Ansicht von M. unberührt. Es wäre nicht ausgeschlossen, daß die Resultate der MR durch Einführung eines gleichmäßig wirkenden Extraktes noch wesentlich verbessert werden können.

E. Brinitzer-Altona.

Zur Technik meiner Luesreaktion, von MEINICKE. (D. m. W., 1919, Nr. 24.) Da die von M. angegebene Methode des Extraktverdünnens (langsames Bürettieren) vielfach als unbequem empfunden wird, hat M. eine neue Verdünnungsmethode ausgearbeitet: man gibt zu einer beliebigen Menge alkoholischen, für die MR geeigneten Extrakts die halbe Menge destillierten Wassers, mischt gut um und läßt 1—2 Stunden bei Zimmertemperatur stehen. Dabei trübt die Mischung stark nach. Nun fügt man schnell in einem Schuß siebenmal mehr destillierten Wassers zu, als man ursprünglich Extrakt genommen hatte, mischt und hat dann den gebrauchsfertigen 1 : 8,5 verdünnten Extrakt.

E. Brinitzer-Altona.

Eine vereinfachte Fixationsmethode für das hämolytische System (Une réaction de fixation simplifiée à système hémolytique antihumain), von J. GOLAY-Genf. (Rev. Suisse rom., 1919, Nr. 10.) Das von G. empfohlene Verfahren lehnt sich an die Noguchische Methode an, unterscheidet sich aber von derselben durch folgende Einzelheiten: Als Antigen wird ein Alkoholextrakt von Leber eines hereditär Syphilitischen verwandt. Die nötigen Mengen an Antigen, Serum und Ambozeptor werden nicht abgemessen, sondern durch Tropfenzahl bestimmt. Es werden zwei verschiedene Dosen Antigen bei der Ausführung der Reaktion verwendet. Das Erwärmen im Brutschrank bzw. im Wasserbade wird eine volle Stunde statt einer halben fortgesetzt. Es wird eine größere Menge roter Blutkörperchen genommen, und es wird zur Beschleunigung des Resultates zentrifugiert. Statt Hammelblut, das nicht immer leicht zu beschaffen ist, gebraucht G. auch Kaninchenblut.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Untersuchungen über die verschiedenen Reaktionen (Lymphozytose, Bisgaard, Ross und Jones und Wassermann in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphiliskranken (Studies on the Different Reactions [Lymphocytosis, Bisgaard, Ross and Jones, and Wassermann] in the Cerebrospinal Fluid in Cases of Syphilis), von CURT WITH-Kopenhagen. (Brain, Bd. 40, Teil 2 u. 3.) In dieser vor nunmehr länger als vier Jahren verfaßten Mitteilung berichtet Verf. ausführlich über seine im Rigshospital an einem ausgiebigen Material ausgeführten Beobachtungen. Es ist aber nicht gut möglich, einen klaren Begriff von der Arbeit, deren Hauptwert eben in der Darlegung einer großen Summe von Einzelbeobachtungen liegt, zu geben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Luesdiagnostik mittels WR, Sternscher Modifikation und Ausflockungsmethode nach SACHS-GEORGI, von W. HINZELMANN-Dresden. (M. m. W., 1920, Nr. 14.) Übereinstimmung von SGR und WR in 90.08%, SGR und St-M in 89.22%, von WR und St-M in 94,18%. SGR ist weniger empfindlich als WR, ihrer Einfachheit halber aber kann sie als Ersatz der St-M zur Kontrolle der WR verwendet werden.

v. Notthafft-München.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. Dezember 1920 | Nr. 51 | Band 71

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. Rille.)

Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen.

I. Lichtquellen, besonders für Dunkelfeldbeleuchtung.

Von

Dr. med. et phil. F. W. Oelze, Assistent der Klinik.

Mit 6 Abbildungen im Text.

Während für die gewöhnliche mikroskopische Betrachtung im Hellfeld Tageslicht und abends eine beliebige Lichtquelle meist ausreicht, erfordert die Dunkelfeldmikroskopie Lichtquellen von ganz besonderer Intensität, denn nur bei intensivster, seitlicher Beleuchtung ist Beobachtung im Dunkelfeld möglich.

Es möge uns die Luft in einem Zimmer völlig durchsichtig klar erscheinen, fällt aber in dieses Zimmer ein Sonnenstrahl, etwa durch einen Spalt der Gardine, so sehen wir, daß die Luft mit feinsten Stäubchen durchsetzt ist; diese „Stäubchen" erscheinen hell auf dunkelm Grunde. Wir haben hier genau die gleiche Art der Beleuchtung vor uns, die im Mikroskop Dunkelfeld ergibt. Wir sehen die Stäubchen nur dort, wo der Sonnenstrahl seinen Weg nimmt, diesen betrachten wir seitlich, von dem Licht des Sonnenstrahls selbst gelangt nichts in unser Auge, dagegen beugen die „Stäubchen" das Licht des Sonnenstrahls nach allen Seiten ab, und derjenige Teil des abgebeugten Lichts, der in unser Auge gelangt, vermittelt uns die Abbildung der „Sonnenstäubchen".

In der Tat ist Sonnenlicht, die hellste Lichtquelle, die es gibt, auch für mikroskopisches Dunkelfeld die beste Beleuchtung. Leider steht es uns nur zeitweise zur Verfügung, verlangt auch Heliostaten mit entsprechenden Linsen, so daß, von großen Instituten abgesehen, Sonnenlicht kaum für diese Zwecke verwandt wird.

Für Dunkelfeldbeleuchtung im Dienste der ärztlichen Diagnose kommen nur künstliche Lichtquellen in Betracht. Diese müssen besondere Helligkeit haben, denn nur sehr helle Beleuchtung ergibt im Dunkelfeld genügende Auflösung. Wir müssen uns vergegenwärtigen, daß ein mikroskopisches Präparat, das gerade in einem betreffenden Gesichtsfeld nichts an Bakterien usw. enthält, vollkommen schwarz erscheint. Kommt in das Gesichtsfeld ein vergleichsweise grobes Element, das viel Licht abbeugt, z. B. eine Epithelzelle, so wird sie unerträglich hell erscheinen, befindet sich eine Spir. pallida darin, also ein sehr zartes, in zwei Dimensionen sehr kleines Gebilde, das sich in seinem Brechungs-

Digitized by Google

verhältnis nur wenig von dem umgebenden Medium unterscheidet, so wird die Pallida jedenfalls nicht sehr hell erscheinen. Und es wird uns klar, daß von so feinen Gebilden, wie z. B. Geißeln, Endfäden, nur bei günstigster Beleuchtung überhaupt etwas zu sehen sein wird. Es kommt hinzu, daß ja von dem betreffenden Formelemeut Licht zwar nach allen Seiten abgebeugt wird, daß aber von diesem Licht nur ein bestimmter Teil in das Mikroskopobjektiv, also schließlich ins Auge gelangt. Dabei ist darauf hinzuweisen, daß im Dunkelfeld das volle Auflösungsvermögen der Objektive nur unter bestimmten Bedingungen erreicht wird, die SIEDENTOPF (1) näher angegeben hat.

Es ist sehr leicht, sich von der Leistungsfähigkeit einer Mikroskopierlampe ein Bild zu machen, wenn man sich über die grundsätzlichen Fragen der Beleuchtungstechnik im klaren ist. Leider ist dies bei Ärzten häufig nicht der Fall. Eine ganz ausgezeichnete Übersicht gibt das LUMMERsche Werk (2). Im folgenden ist, in Anbetracht des beschränkten Raumes, nur beabsichtigt, einige der wichtigsten Beziehungen anzudeuten.

Die Beleuchtung eines mikroskopischen Objektes erreichen wir dadurch, daß wir die Lichtquelle im Objekt abbilden (KÖHLERS Beleuchtungsprinzip). Die betreffende Lichtquelle selbst wird also durch optische

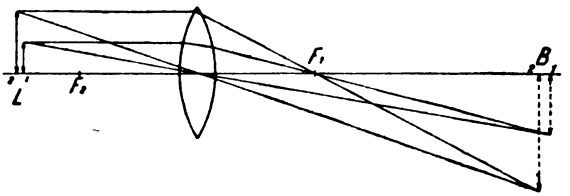


Abb. 1. Keine Steigerung der Helligkeit der Abbildung durch Vergrößerung der Lichtquelle.

Hilfsmittel, Beleuchtungslinse, Spiegel, Kondensor, gleichsam in das Präparat verlegt und gibt dort zur Entstehung der Beugungserscheinung Veranlassung, deren in das Objektiv eintretender Teil die mikroskopische Abbildung bewirkt.

Der Charakter der Lichtquelle ist also offenbar von größter Bedeutung für das entstehende Bild. Wir müssen uns darüber klar sein, daß eine Vergrößerung der Ausführung einer Lichtquelle ihren Charakter nicht ändert, eine Osramlampe von 500 Kerzen macht zwar ein Zimmer viel heller als eine von 50 Kerzen, aber die leuchtenden Eigenschaften des Osramdrahtes sind in beiden Fällen dieselben. Daß eine Vergrößerung der leuchtenden Fäden oder Flächen einer Lichtquelle keine Steigerung der Helligkeit der optischen Abbildung, mit der wir es also bei der Mikroskopbeleuchtung zu tun haben, ergibt, ersehen wir ohne weiteres aus Abb. 1. Der leuchtenden Fläche F_1 entspricht das Bild B_1, seine Größe ist abhängig von der Brennweite der Linse und der Entfernung der Fläche von der Linse. Vergrößern wir die leuchtende Fläche auf das Doppelte L_2, so ist auch das Bild B_2 doppelt so groß, es verteilt sich also die doppelte Lichtmenge auf die doppelte Bildfläche, und die Helligkeit des Bildes B_2 ist demnach dieselbe wie die von B_1. Heller wird das Bild nur dann, wenn die Lichtquelle selbst heller wird, wenn

Digitized by Google

die Lichtquelle höheren „Glanz" erhält, oder exakter gesprochen, wenn die Flächenhelligkeit der Lichtquelle steigt, also z. B. ein Quadratmillimeter der leuchtenden Fläche statt 100 Hefnerkerzen deren 200 entspricht.

Ehe wir auf die Flächenhelligkeit weiter eingehen, wollen wir ganz kurz die anderen Möglichkeiten besprechen, die Helligkeit der Abbildung einer Lichtquelle zu erhöhen. In allen Fällen, wo man ein aus Lichtquelle und Optik bestehendes System anwendet, ob das für mikroskopische Zwecke geschieht, ob man im Projektionsapparat das Licht durch Kondensoren im Objektiv vereinigt, oder ob man durch Scheinwerfer die Lichtquelle in großer Entfernung auf dem fernliegenden Objekt abbildet, und gleichgültig, ob man sich dabei der Linsen oder Spiegel bedient, immer ist natürlich die Helligkeit des Bildes abhängig von der Art der abbildenden Hilfsmittel. Je mehr von dem Licht der Lichtquelle von dem abbildenden System aufgenommen wird, um so heller wird das Bild. Trotzdem haben diese Überlegungen nicht die praktische Bedeutung, wie es scheinen möchte. Die Grenze dessen, was durch Verbesserung der Abbildung gewonnen werden kann, ist längst erreicht. Zwei Wege sind gangbar, einmal kann man den Öffnungswinkel des Kondensors erhöhen, also einen möglichst großen Raumwinkel der Lichtquelle ausnutzen, dann kann man die Dimensionen des Kondensors unter Beibehaltung des Nutzwinkels vergrößern. Beide Wege führen zu sehr großen, also auch sehr schweren Kondensoren, die noch dazu mit großen Abbildungsfehlern behaftet sind. Das praktisch Erreichbare wird längst allgemein angewandt, so daß also zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit nur die Steigerung der Flächenhelligkeit der Lichtquelle übrigbleibt. Interessant ist, daß auch im Kriege die Erhöhung der Leistungsfähigkeit der Scheinwerfer nicht durch Weiterentwicklung des abbildenden Systems, die an sich keine Schwierigkeiten geboten hätte, aber zu unförmigen Spiegeln führen würde, erreicht worden ist, sondern nach Gehlhoff (3), durch Verbesserung der Lichtquelle.

Betrachten wir noch einmal die drei maßgebenden Faktoren der mikroskopischen Beleuchtung und bezeichnen wir also mit I die Intensität des Systems, mit F die Projektion des optischen Mittels und mit H die Flächenhelligkeit der Lichtquelle, so erhalten wir nach Gehlhoff (4), wenn wir nur die auf der optischen Achse gemessene, dem Lambertschen Gesetz unterliegende Intensität betrachten, die einfache Beziehung

$$I = F \cdot H,$$

da also die Größe F heute als praktisch nicht mehr steigerungsfähig angesehen werden kann, ist es nur die Flächenhelligkeit, deren Erhöhung eine Verbesserung der Dunkelfeldbeleuchtung gestatten wird, in der Tat ist dies der Fall. Aus der Formel erhellt, daß die Gestalt der Lichtquelle von keiner Bedeutung ist.

Alle Lichtquellen beruhen entweder auf Temperaturstrahlung oder auf Lumineszenz, also „kaltem" Licht, wie wir es bei den Leuchtfliegen und in gewissem Sinn in der Quecksilberdampflampe vor uns haben. Lummer (2) hat die Unterschiede beider Lichtarten besonders scharf hervorgehoben. Die Lichtquellen, mit denen wir es bei der mikro-

Digitized by Google

skopischen Abbildung zu tun haben, sind Temperaturstrahler, von der Sonne, mit 5950° absoluter Temperatur bis zur Kerze mit 1850° absoluter Temperatur, und alle diese Lichtquellen lassen sich nach Lummer in ihrem optischen Verhalten als zur Gruppe „absolut schwarzer Körper — blankes Platin" gehörig betrachten. Ihre Flächenhelligkeit ist sehr abhängig von ihrer Temperatur. Gelingt es also, die Temperatur einer Lichtquelle zu steigern, so kann auch die Flächenhelligkeit erhöht werden. Lummer gelang es dadurch, daß er eine besondere Bogenlampe unter erhöhtem Druck brennen ließ, die Sonnentemperatur nicht nur zu erreichen, sondern sogar zu übertreffen. Praktische Anwendung hat allerdings diese Lampe noch nicht gefunden. Dagegen gelang es auf einem anderen Wege, die Flächenhelligkeit der Bogenlampe, also unserer hellsten Lichtquelle, zu erhöhen. Versucht man eine Bogenlampe mit stärkerem Strom brennen zu lassen, überlastet man sie also, so wird das Licht unruhig, und die Kohlen usw. in ihrer ganzen Ausdehnung werden schließ-

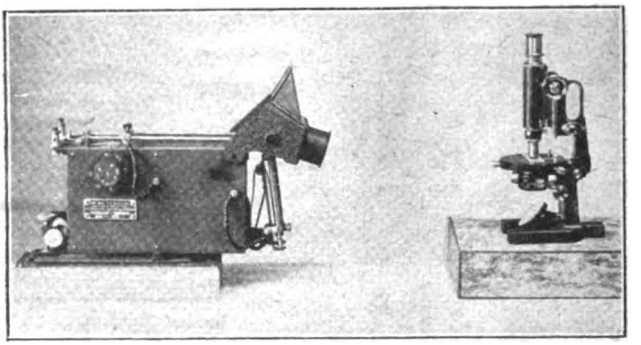


Abb. 2. Goerz-Beck-Lampe mit gesteigerter Flächenhelligkeit, Zeiß-Dunkelfeld.

lich weißglühend. Durch Versuche, die bei der Firma Goerz, besonders von Gehlhoff ausgeführt wurden, kam man dazu, die Kohlen mit Metalloxyden zu tränken und ihren Leitungsquerschnitt durch einen Kupfermantel zu erhöhen, auf diese Weise kann man in technisch sehr eleganter Weise Bogenlampen herstellen, die bleistiftdünne Kohlen bei etwa 25 Ampères brennen. Auf diese Weise kann man günstigstenfalls eine siebenfache Erhöhung der Flächenhelligkeit, entsprechend einer absoluten schwarzen Temperatur von 5110° in einfacher und dauernder Weise erreichen. Abb. 2 zeigt eine solche Goerz-Beck-Lampe für Dunkelfeldbeleuchtung in Benutzung mit Zeißschem Kardioidkondensor. Für Forschungszwecke wird diese Lampe von großer Bedeutung werden. Allerdings ist sie recht teuer, außerdem von so großer Helligkeit, daß ihre eigentliche Ausnutzung weniger mit dem Auge, das leicht geblendet wird, als durch Momentphotographie erfolgen wird. Wie bei der Steigerung des Auflösungsvermögens durch Herabsetzung der Wellenlänge des beleuchtenden Lichtes (Köhlers Ultramikroskop), so ist auch hier, wo die Grenze der Leistungsfähigkeit der Mikroskope in anderer Hinsicht er-

Digitized by Google

reicht wird, das Auge direkt nicht mehr fähig, diese letzten Steigerungen zu empfinden.

Fragen wir also, was sind die besten Lichtquellen für das Dunkelfeld, d. h. welche Lichtquellen gestatten, die feinsten Gebilde wahrzunehmen, so muß die Antwort lauten: die Sonne oder die Goerzsche Bogenlampe mit gesteigerter Flächenhelligkeit; in beträchtlichem Abstand folgt die gewöhnliche Bogenlampe, ziemlich gleichgültig, ob sie als Liliputlampe mit 5 oder als große Projektionslampe mit 50 Ampères brennt, und nur als Lichtquellen minderen Ranges kommen elektrische Glühfadenlampe und Nernstlampe in Frage. Gasglühlicht und Azetylen haben nur behelfsmäßigen Wert.

Für den Praktiker lautet aber die Fragestellung ganz anders, er interessiert sich z. B. für diejenigen Beleuchtungseinrichtungen, mit denen die Diagnose: Spirochaeta pallida noch sicher gestellt werden kann. In solchen haben wir mehr Auswahl, namentlich deshalb, weil die Flächen-

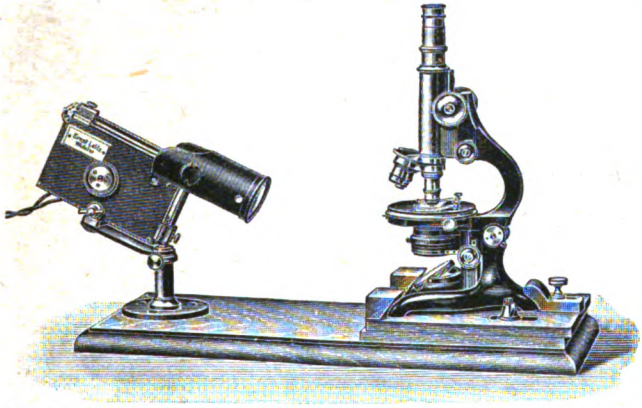


Abb. 3. Leitz-Liliput-Bogenlampe, fest montiert zum Dunkelfeld.

helligkeit der elektrischen Glühlampen verbessert werden konnte. Darüber sind wir uns nun klar, die Größe einer Lichtquelle ist für uns gleichgültig, und auch die Art der Abbildung der Lichtquelle im Präparat ist heutzutage ziemlich gleichwertig. Eine vielgebrauchte Lichtquelle ist eine kleine Bogenlampe mit Beleuchtungslinse, die von verschiedenen optischen Firmen vertrieben werden, die Leitzsche Einrichtung zeigt Abb. 3. Es gibt auch automatisch regulierende Lampen, die im Gebrauch bequemer sind. Diese „kleinen" Bogenlampen leisten Ausgezeichnetes im praktischen Gebrauch, ihre Helligkeit ist nicht nur ausreichend, im Gegenteil für den praktischen Gebrauch vielleicht manchmal zu groß.

Eine sehr angenehme Lichtquelle stellt die Nernstlampe dar; ihr Licht ist ganz ruhig, ausreichend hell und sehr angenehm für das Auge, da es viel langwellige Strahlen enthält. Leider sind Nernstlampen wohl noch auf längere Zeit nicht erhältlich.

Die alte elektrische Glühlampe mit Kohlenfaden ist nicht geeignet, da der Faden auf eine lange Strecke verteilt ist, also schlecht in einer kleinen Präparatshelle abgebildet werden kann, und weil der Kohlen-

Digitized by Google

faden nicht sehr hohe Temperaturen verträgt, also keine große Flächenhelligkeit besitzt. Auch die Metallfadenlampen besitzen die ungünstige Verteilung des Fadens, wenngleich ihre Flächenhelligkeit etwas größer ist. Seit verhältnismäßig kurzer Zeit hat man aber Glühlampen, die in-

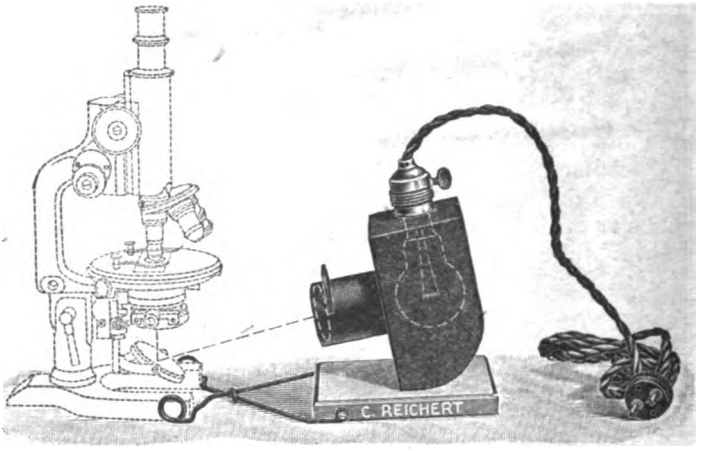


Abb. 4. Halbwattmikroskopierlampe „Starr" von Reichert.

folge besonderer Zusammensetzung des Metallfadens und des Gasinhaltes der Glühbirne bedeutend höhere Temperaturen vertragen, also erhöhte Flächenhelligkeit besitzen, und bei denen außerdem der Faden auf einer

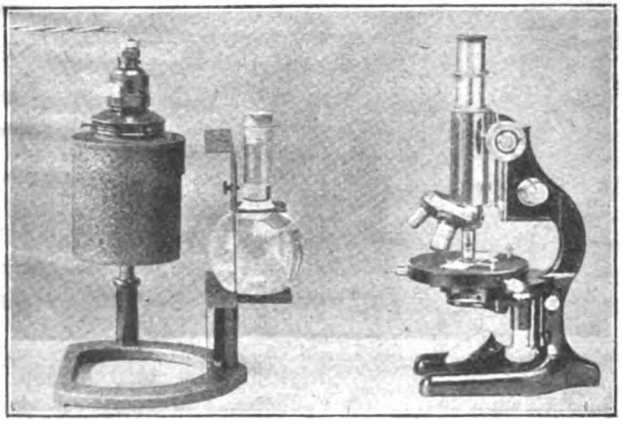


Abb. 5. Zeiß' neue Mikroskopierglühlampe.

kleinen Fläche aufgewickelt ist, also eine relativ günstige Abbildung erreicht werden kann. Diese Lampen werden voraussichtlich die Bogenlampe in der Apparatur des Praktikers verdrängen. Die Helligkeit des Dunkelfeldbildes ist allerdings nicht so groß wie bei der Bogenlampe,

Digitized by Google

aber sie ist ausreichend. Man empfindet es sogar angenehm, daß man nicht durch Epithelzellen u. dgl. geblendet wird. Abb. 4 zeigt eine solche Lampe in Metallgehäuse mit einer Beleuchtungslinse versehen, von Reichert. Eine aus zwei Drähten bestehende Anschlagvorrichtung sorgt dafür, daß das Lichtbündel zentrisch auf den Mikroskopspiegel fällt. Als Lichtquelle dient eine besondere Halbwattlampe.

Abb. 5 zeigt die Zeißsche Mikroskopier-Nitralampe; in dem schwarzen Metallmantel befindet sich die Nitralampe, eine „Schusterkugel" besorgt gleichzeitig die Kühlung des Lichtbündels und seine Konzentration auf den Mikroskopspiegel. Für Spirochätendiagnose genügt diese Lampe meines Erachtens vollkommen. Es ist recht bequem, daß man die Lampe durch Einschalten einer Mattscheibe auch als Mikroskopierlampe für Hellfeldbeleuchtung benutzen kann.

Daß die Größe der Lichtquelle nicht von Bedeutung ist, sieht man einleuchtend an der Mikroskopierlampe nach Ehlers von Zeiß, Abb. 6. Die ebenfalls dem neuen Typ angehörige Glühlampe ist nicht viel größer

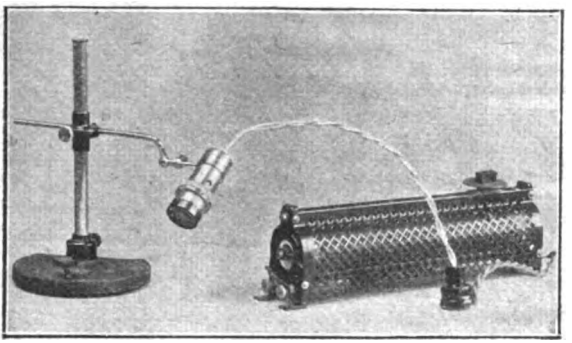


Abb. 6. Zeiß' Mikroskopierlampe nach Ehlers. Auch für Taschenbatterie.

als die Birne einer der bekannten elektrischen Taschenlampen. Durch eine Linse wird das Licht konzentriert. Die Lampe ist allseitig verstellbar, was besonders für die Hautmikroskopie, für die diese Lampe eine ausgezeichnete Lichtquelle darstellt, wesentlich ist. Die Lampe wird mit einem Regulierwiderstand gebrannt, es ist nämlich vorteilhaft, sie etwas zu überlasten, weil dadurch die Flächenhelligkeit bedeutend erhöht wird, allerdings setzt man damit die Lebensdauer der Lampe herab, vielleicht auf 50—100 Stunden. Diese Lampe liefert für Dunkelfeld eine ausreichende Beleuchtung, es ist von ganz besonderem Vorteil, daß zum Betrieb der Lampe nach Ehlers auch zwei kleine Taschenbatterien, sog. Exportbatterien genügen, man ist also damit von einem Starkstromnetz oder Betriebsstörungen in ihm völlig unabhängig.

Es sei noch darauf hingewiesen, daß die Anbringung einer kleinen Glühlampe ganz dicht unter dem Kondensor einen Rückschritt bedeutet. Durch die Lage der Lichtquelle wird ihre Flächenhelligkeit nicht verändert, dagegen kann durch diese Art der Anbringung leicht ungleichmäßige Beleuchtung (Azimutfehler!) erzeugt werden.

Digitized by Google

Für den Praktiker wird man also, falls Lichtleitung nicht zur Verfügung steht, die Lampe nach Ehlers von Zeiß empfehlen. Sonst wird die Wahl auf eine der neueren Glühlampen verschiedenen Fabrikats fallen. Diese leisten für die Spirochätendiagnose Genügendes, und mehr verlangt der praktische Diagnostiker mit Recht nicht, sie sind ständig betriebsfertig, von Wartung unabhängig und zudem in Anschaffung und Betrieb billiger als die Bogenlampen. Diese liefern allerdings ein helleres Bild. Da Gasglühlicht und andere Lichtquellen nur eine geringe Flächenhelligkeit haben, kann mit diesen Lichtquellen niemals eine gute Dunkelfeldbeleuchtung erzielt werden.

Literatur.

1. Siedentopf, H., Über das Auflösungsvermögen der Mikroskope bei Hellfeld- und Dunkelfeldbeleuchtung. Zschr. f. wiss. Mikr., 1915, Bd. 32, S. 1. — 2. Lummer, O., Grundlagen, Ziele und Grenzen der Leuchttechnik. 2. Aufl. Oldenburg 1918. — 3. Gehlhoff, G., Über Bogenlampen mit erhöhter Flächenhelligkeit Zschr. f. techn. Physik, 1920, Bd. 1, S. 7. — 4. Gehlhoff, G., Über das Photometrieren von Scheinwerfern. Zschr. f. Beleuchtungswesen, 1919, Bd. 25, S. 5.

Beitrag zur Kenntnis der Hg-Salvarsanschädigung.

Von

Dr. Hubert Sieben,

Spezialarzt für Haut-, Harn- und Nervenkrankheiten in Bürstadt b. Worms.

Von Schädigungen der modernen Syphilisbehandlung durch Salvarsan sowohl wie durch mit Hg kombinierte Salvarsanbehandlung ist in den letzten Jahren schon wiederholt berichtet worden. Immerhin muß berücksichtigt werden, daß bei der ungeheuren Ausdehnung, welche die Salvarsanbehandlung heutzutage erlangt hat, diese Schädigungen, ganz abgesehen von den Todesfällen, numerisch doch ganz sicher verschwindend klein sind. Dies muß immer wieder ganz besonders betont werden.

Die nach Salvarsanbehandlung auftretenden Schädigungen sind teils allgemein-toxische, teils zerebrale, bei denen wiederum nach Wechselmann eklamptisch-urämische und ferner durch Stase und Thrombose im Gehirn bedingte Folgezustände voneinander zu unterscheiden sind. Es soll hier nur von allgemein-toxischen Schädigungen die Rede sein, die in sehr seltenen Fällen nach intravenösven Injektionen einwandfreier Salvarsanpräparate und bei einwandfreier Technik beobachtet wurden. Diese Vergiftungserscheinungen wurden kurz folgendermaßen beschrieben: Nach der Injektion entstehen zunächst ekzemähnliche Effloreszenzen, die sich nach und nach über einen großen Teil oder den ganzen Körper verbreiten. Im weiteren Verlauf entsteht daraus ein Exanthem, das gleichmäßig über die befallenen Teile verbreitet ist und keinen ekzematösen Charakter mehr hat. Daran anschließend zeigen sich Schwellungen des Gesichts,

Digitized by Google

manchmal auch Ödeme der Glieder und vor allem die Zeichen einer Nierenaffektion: im Urin Albumen, granulierte und hyaline Zylinder, Erythrozyten und Leukozyten. Nach vielwöchiger Dauer der Erkrankung schließen sich kachektische Zustände, Neigung zu Furunkulose und Abszeßbildung, starke Abnahme des Körpergewichts, Haarausfall usw. an.

Wenn ich nun hier zunächst einen weiteren derartigen Fall beschreibe, so geschieht es nur deswegen, um ihn als Gegensatz zu dem weiter unten beschriebenen, von diesem grundsätzlich verschiedenen Erkrankungsfall entsprechend hervortreten zu lassen. Es ist ferner von Wichtigkeit, hier zu betonen, daß beide Fälle mit Hg und Salvarsan gleichzeitig behandelt wurden, so daß von vornherein es nicht sicher ist, ob die beobachteten Schädigungen auf das Salvarsan und das Hg oder etwa nur auf eines dieser Mittel zurückzuführen sind. Immerhin sind aber die Beobachtungen interessant genug, um hier erörtert zu werden.

Anna G., 32 Jahre alt, kam am 15. VII. 1919 wegen eines Primäraffekts am rechten Lab. maj. in Behandlung. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Sie erhielt 12 Injektionen Hg. sal. und 6 intravenöse Neosalvarsaninjektionen, im ganzen 1,2 Hg. sal. und 3,6 Neosalvarsan innerhalb 6 Wochen. Während der Behandlung trat eine Stomatitis auf, die jedoch keine Veranlassung zur Unterbrechung der Behandlung gab und sich auf die üblichen Mittel besserte. Wenige Tage nach beendigter Kur zeigten sich an einzelnen Körperstellen fleckige Effloreszenzen von gelbrosa Farbe, zum Teil Papeln, die sich schnell weiter über den Körper verbreiteten und nach kurzer Zeit den ganzen Körper überschütteten. Es handelte sich um ein gruppiertes makulo-papulöses Exanthem von ekzematösem Charakter. Auf sehr zahlreichen Papeln befand sich ein stecknadelkopfgroßes Bläschen. WR —. Im Urin war Zucker und Albumen nicht nachweisbar, jedoch fanden sich im Zentrifugat verhältnismäßig zahlreiche Leukozyten, einige Erythrozyten, ferner eine Anzahl granulierte Zylinder. Im weiteren Verlauf stellte sich sehr starke allgemeine lamellöse Abschuppung ein; namentlich an Handflächen und Fußsohlen kam es zur Abstoßung sehr großer Lamellen. Gleichzeitig entstand starkes Ödem des Gesichts und darauf auch der Hände und Vorderarme, der Füße und Unterschenkel. Der Urin zeigte noch dieselbe Beschaffenheit. Der ekzematöse Charakter des Exanthems trat dann zurück, statt dessen fand sich am Körper — im Gesicht weniger ausgesprochen — ein universelles Erythem von ziemlich dunkelroter, später braunroter Farbe, leicht schilfernd; die Haut war überall trocken und fast allenthalben erheblich infiltriert. Außerdem bestand allgemeine Seborrhöe des Kopfes und Haarausfall, der im weiteren Verlauf zu sehr starkem Haarverlust führte. Dieser Zustand bestand monatelang; das Körpergewicht ging ständig herunter trotz sehr reichlicher Nahrungsaufnahme. An zahlreichen Körperstellen bildeten sich große Abszesse, aus welchen nach Inzision stinkende Eitermassen entleert wurden, so z. B. in beiden Achselhöhlen, in beiden Schenkelbeugen, hinter dem rechten Ohr, am Abdomen usw., ferner bildeten sich mehrere Furunkel im Rücken. Die Abmagerung und der Kräfteverfall machten rapide Fortschritte, obschon die Nahrungsaufnahme noch immer reichlich war. Die Ödeme waren dann allmählich verschwunden. Anfang Dezember 1919 besserte sich der Zustand allmählich insofern, als keine Abszesse und Furunkel mehr auftraten, das Körpergewicht sich etwas hob und das Erythem und die Hautinfiltration erheblich zurückging. Die Kranke ist jetzt so gebessert, daß sie einen großen Teil des Tages außer Bett verbringen kann. Auch jetzt ist der Urinbefund noch fast der gleiche; Eiweiß ist nicht vorhanden, dagegen finden sich im Zentrifugat noch Zylinder und zahlreiche Leukozyten. Ob die Besserung des Zustandes von Dauer ist, läßt sich nicht beurteilen; man darf sich aber nicht verhehlen, daß solche schweren kachektischen Zustände auch wohl zum Tode führen können.

Dieser Fall hat eine große Ähnlichkeit mit den nach Salvarsaninjektion beobachteten Schädigungen, weshalb man wohl nicht fehlgehen

Digitized by Google

wird, wenn man als Ursache nicht das Hg, sondern das Salvarsan betrachtet.

Ich komme nun zu einem zweiten von mir beobachteten Fall.

Marie O., 40 Jahre alt, verheiratet, kam am 18. I. 1919 wegen seit mehreren Monaten bestehenden Hautausschlags auf der Stirn in meine Behandlung. Gleichzeitig klagte Pat. über seit 6 Wochen bestehenden starken Husten mit Auswurf, der trotz aller seither angewandten Mittel sich angeblich in keiner Weise gebessert hatte. Auf der Stirn ein tubero-serpiginöses Syphilid; die Untersuchung der Lungen ergab r. h. u. verkürzten Perkussionsschall, über beiden Lungen Giemen, r. h. u. vereinzelte, feuchte, mittlere Rhonchi, rauhes Atmen, verstärktes Exspirium. Pat. gibt an, in letzter Zeit an Körpergewicht erheblich abgenommen zu haben. Am Stamm fanden sich verschiedene eingezogene Narben, die nach Angabe der Pat. von „Furunkeln" herrührten. Infektion unbekannt, wahrscheinlich vor etwa 15 Jahren. Urin frei von Eiweiß und Zucker. WR +. Pat. bekommt 12 Injektionen zu 0,1 Hg. sal. und 5 intravenöse Neosalvarseninjektionen zu 0,6. Zunächst verschwanden auffallend schnell die Lungenerscheinungen, die jedenfalls luetischer Natur waren. Erst gegen Ende der Kur besserten sich die Hauterscheinungen, die aber dann nach kurzer Zeit völlig verschwanden. Das Körpergewicht hatte unterdessen zugenommen, Pat. wurde aus der Behandlung entlassen. Kurze Zeit danach entstanden starke Ödeme im Gesicht und an den Extremitäten, sowie Aszites. Die Untersuchung des klaren, gelben, sauren Urins ergab einen geradezu erschreckenden Eiweißgehalt. Fast der ganze Inhalt des Reagenzglases koagulierte beim Kochen zu einer ziemlich festen gelblich-weißen Masse. Es fanden sich ferner zahlreiche Zylinder und Epithelien und zahlreiche Leukozyten und vor allem doppeltbrechende Lipoidsubstanzen in reichlicher Menge: Bei der Untersuchung mit dem Polarisationsmikroskop zeigten sich die teils den Zylindern aufgelagerten, teils freien fettigen Substanzen größtenteils als doppeltbrechend. Es handelte sich hier also um eine lipoide Degeneration der Nierenepithelien auf der Basis einer Syphilis. Wir haben es also hier mit einer echten syphilitischen Lipoidnephrose zu tun. Es ist das Verdienst von F. Munk (1), in neuerer Zeit auf die Syphilisnephrose und auf die bis heute noch weit verbreitete Unkenntnis dieser Verhältnisse in seinem vorzüglichen Werke über Nephrosen und Nephritiden aufmerksam gemacht zu haben. Es war in diesem Falle sofort klar, daß an dieser Erkrankung weder das Hg noch das Salvarsan schuld war, sondern die Lues. — Wegen der Herzschwäche, der Oligurie und der Ödeme sowohl wie wegen des nephrotischen Charakters der Krankheit wurde natürlich von einer reinen Milchdiät abgesehen, dagegen eine kochsalzarme, gewürzfreie, gemischte Fleischkost neben Bettruhe verordnet. Bald waren die Ödeme gebessert, der Aszites verschwunden, der Eiweißgehalt des Urins war auf 4—5‰ nach Esbach heruntergegangen, während die Beschaffenheit der Formelemente keine Veränderung gegen früher zeigte. Es wurde nun zur spezifischen Therapie geschritten und mit Injektionen von Hg. sal. zu 0,05 begonnen, später mit einer Schmierkur mit täglich 4,0 Hydrarg. ciner. fortgefahren und sechs Wochen im ganzen durchgeführt.* Salvarsan wurde wegen des erheblichen Schwächezustandes nicht gegeben. Die Krankheit besserte sich auffallend. Nachdem eine Zeitlang zweifellos noch eine gewisse Ödembereitschaft bestanden hatte, verschwanden nun die Ödeme definitiv, der Eiweißgehalt des Urins sank auf 0.5‰ (!) nach Esbach. Subjektives Befinden ist gut, Pat. ist jetzt bei Tag dauernd außer Bett, dabei hat allerdings der Eiweißgehalt des Urins in letzter Zeit, seit Pat. aufsteht, wieder etwas zugenommen. Auch jetzt sind noch doppeltbrechende Substanzen in reichlicher Menge nachweisbar. — Es wäre noch zu erwähnen, daß es auffallend ist, daß Jodkalium die Krankheit in keiner Weise beeinflussen konnte, eine Beobachtung, die schon früher von anderer Seite in solchen Fällen gemacht wurde. — Nachdem nun aber das hydropische Stadium überstanden ist, handelt es sich quoad vitam um eine durchaus gutartige Erkrankung, die vielleicht durch eine erneute spezifische Behandlung noch weiter gebessert wird. Allerdings besteht eine gewisse Gefahr der Amyloidentartung der Nieren bei hinzutretenden, anderweitigen, zufälligen Komplikationen. Da aber Beschwerden kaum noch bestehen und die Leistungsfähigkeit sogar ziemlich befriedigend ist, kann man trotz bestehender Albuminurie die Prognose z. Z. als nicht ungünstig ansehen.

Es muß hier noch besonders betont werden, daß der Nachweis der doppeltbrechenden Lipoidsubstanzen durch das Polarisationsmikroskop für

Digitized by Google

die Diagnose der syphilitischen Lipoidnephrose wie der Lipoidnephrose überhaupt stets maßgebend ist. Es kann durch diesen Nachweis nicht nur die akute Nephritis, sondern auch die Annahme einer Quecksilber- oder Salvarsanschädigung der Nieren als Ursache der Nierenerscheinungen mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden.

Die syphilitische Lipoidnephrose wurde vielfach zur Amyloidentartung der Nieren (syphilitische Speckniere) in Beziehung gebracht. Nach Munk ist es aber wahrscheinlich, daß die primäre, syphilitische Lipoidnephrose im allgemeinen nicht auf dem Wege der vorausgegangenen Amyloidentartung zustande kommt, vielmehr erst im späteren Verlauf der Krankheit durch eine amyloide Degeneration kompliziert wird.

Was die Behandlung solcher Zustände betrifft, so darf man nicht davor zurückschrecken, trotz der schweren Nierenschädigung eine spezifische Behandlung einzuleiten, da diese, wenn auch nicht immer, so doch häufig eine Besserung bringt. Vor allem aber darf man nicht in den Fehler verfallen, nach dem alten Schema: hic Albuminurie, hic Milchdiät, letztere anzuordnen, denn bei der langen Dauer der Lipoidnephrose würde man dadurch leicht einen Inanitionszustand erzeugen, da bei reiner Milchdiät der Kalorienbedarf wohl kaum vollständig gedeckt werden kann, ferner würden durch die reichliche Flüssigkeitszufuhr die Ödeme sehr ungünstig beeinflußt werden. Man verordnet daher am besten eine reizlose gemischte Fleischkost und Bettruhe und schließt dann eine spezifische Behandlung an, die bei solchen Schwerkranken am besten in Form einer Schmierkur durchgeführt wird.

Von besonderem Interesse ist nun, daß auch Salvarsan bei schweren syphilitischen Nierenerkrankungen, speziell bei indurativen Formen bereits Anwendung gefunden hat und in Dosen bis zu 0,3 in vielen Fällen nicht nur gut vertragen wurde, sondern auch einen sehr günstigen Einfluß auf die Krankheit ausgeübt hat. Wechselmann (2) nimmt nun an, daß die bei der Syphilisbehandlung eintretenden Anfälle eklamptisch-urämischer Art ausnahmslos durch intravenöse Salvarsaneinspritzungen bei durch Hg in ihrer Arbeitsfähigkeit geschädigten Nieren erzeugt werden, und führt als Beweis dafür Fälle an, bei denen es nach Hg-Salvarsanbehandlung zu Oligurie, Erhöhung des Reststickstoffs und eklamptisch-urämischen Zuständen kam. Es ist schwer, sich vorzustellen, daß einige Quecksilbergaben, namentlich wenn sie nicht zu einer ausgesprochenen Nephritis führen, die Nieren stärker schädigen sollen, als dies der Fall ist bei der syphilitischen Lipoidnephrose und der indurativen Form syphilitischer Nierenerkrankung, zumal doch namentlich bei letzterer das Salvarsan anstandslos vertragen wird. Es müssen daher bei den Vergiftungsfällen eklamptisch-urämischer Art doch wohl andere Ursachen vorliegen als in ihrer Arbeitsfähigkeit geschädigte Nieren, vielmehr weist hier die Vergesellschaftung mit Oligurie doch sicher auf vasomotorische Einflüsse durch das Salvarsan hin, welche im Sympathikus zu suchen sind; und für Beeinflussung des Sympathikus durch Salvarsan gibt es zahlreiche Beweise. Ich erinnere nur an die sogenannten Fluxionen während der Salvarsaninfusionen. Jedenfalls sind aber die Ursachen dieser eklamptisch-urämischen Anfälle keineswegs genügend aufgeklärt, und damit dürfte es fraglich sein, ob wirklich dem Hg die Schuld beizumessen ist.

Digitized by Google

Es mag daher zunächst noch dahingestellt bleiben, ob auf Grund der von Wechselmann angeführten Argumente einer Behandlungsmethode, die sich nun schon so lange Zeit als günstig bewährt hat, das Recht ihrer Anwendungfast vollkommen abgesprochen werden kann.

Literatur.

1. Munk, Fritz, Pathologie und Klinik der Nephrosen, Nephritiden und Schrumpfnieren. Einführung in die moderne klinische Nierenpathologie. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1918. — 2. Wechselmann und Bielschowsky, Derm. W., 1919, Nr. 48.

Wie häufig sind unscheinbare, rasch verschwindende Initialsklerosen?

Von

Dr. Johannes Fick in Wien.

Der vorliegende Aufsatz verfolgt lediglich den Zweck, diejenigen Fachkollegen, die über ein großes Material verfügen, dazu anzuregen, ihre Erfahrungen über solche Fälle von Syphilis mitzuteilen, bei denen die Initialsklerose so gering ausgebildet ist, daß sie auch bei sorgfältigster Beobachtung bei der klinischen Untersuchung nicht nachgewiesen werden kann, also, praktisch betrachtet, ausbleibt. Ich denke hier nicht an die exakt beobachteten Fälle von Syphilis d'emblée, sondern an solche Initialsklerosen, die ich, im Gegensatz zu den Riesenschankern, als ephemere Zwergschanker bezeichnen möchte, d. h. an Fälle, bei denen an der Eingangspforte des Virus die Erscheinungen so gering und so rasch vorübergehend sind, daß sie auch bei sachkundiger Kontrolle der Beobachtung entgehen. Daß solche Fälle vorkommen, unterliegt ja keinem Zweifel. Man kann dies sowohl auf Grund klinischer Beobachtung behaupten, als auch auf Grund der einfachen Überlegung, daß von dem Riesenschanker, dem mächtigen indurativen Ödem über den, sit venia verbo, Normalschanker eine kontinuierliche Reihe bis zur Syphilis ohne Initialsklerose (Syphilis d'emblée) führen muß. Über die Häufigkeit solcher Fälle ist nun aber nichts bekannt und es liegt auch auf der Hand, daß eine genaue Feststellung, wie oft solche Fälle vorkommen, nicht möglich ist. Aber schon approximative Angaben wären von großem Wert und ich werde zum Schluß ausführen, wie man etwa zu solchen gelangen könnte. Wenn Patienten, die mit allgemeiner Syphilis in Behandlung kommen, angeben, sie hätten niemals einen Schanker gehabt, eine Angabe, die ja sehr häufig ist, so pflegt man, sofern man dem Patienten überhaupt einiges Vertrauen schenkt, anzunehmen, die Initialsklerose sei infolge ihres versteckten Sitzes (Portio vaginalis, Vagina) oder weil sie keine Beschwerden verursachte oder weil der Patient sehr indolent war und sich nicht beobachtete, übersehen worden oder man nimmt eben endlich an, daß die Initialsklerose wirklich so klein, unscheinbar und ephemer war, daß sie auch bei sorgfältiger und eventuell sogar sachkundiger Kontrolle leicht unbeachtet

Digitized by Google

bleiben konnte. Wie häufig sind nun solche letzterwähnte Fälle? Sind sie so häufig, daß sie von praktischer Bedeutung sind, oder sind sie so selten, daß sie nur theoretisches Interesse beanspruchen können? Zu diesen Fragen wurde ich durch einen Fall veranlaßt, den ich kurz mitteilen will, als Beispiel dafür, daß auch bei gewissenhafter Selbstbeobachtung des Patienten und sachkundiger Kontrolle die Initialsklerose der Beobachtung entgehen kann, weil sie offenbar ganz uncharakteristisch und ephemer war.

Am 6. Mai 1919 kommt ein mir von früher her bekannter, 24jähr. Mediziner, ein neurasthenischer, zu hypochondrischen Vorstellungen neigender Mensch, ganz aufgeregt in meine Sprechstunde mit der Angabe, er habe bei sich auf der serodiagnostischen Station der Klinik Finger eine WR vornehmen lassen und diese habe ein komplett positives Resultat ergeben. Die genauere Anamnese ergibt folgendes. P. hat 1917 eine Gonorrhoe gehabt, die ohne Komplikationen verlief und nach einigen Wochen geheilt war, einen Schanker hat er nie gehabt. Im November 1918 wurde P. durch eine Affektion an der Mundschleimhaut beunruhigt. Es wurde ihm aber auf der Klinik Riehl gesagt, die Affektion sei ganz bedeutungslos, sie verschwand spontan in wenigen Tagen. Zur Beruhigung des Patienten wurde aber damals auf der serodiagnostischen Station der Klinik Riehl eine WR vorgenommen, die ein negatives Resultat ergab. Anfang Dezember 1918 übte P. einen Koitus aus, bei welchem das Präservativ riß. Da P. wenige Tage später über die Vergangenheit des betreffenden Mädchens allerlei erfuhr, was es wenigstens sehr wahrscheinlich machte, daß das Mädchen geschlechtskrank sei, lebte er seitdem beständig in der Angst, sich infiziert zu haben, war immer, wie er sich ausdrückt, auf dem qui vive und beobachtete sich auf das genaueste. Außerdem stand er zufällig stets unter ärztlicher Kontrolle. Er hatte im Februar 1919 einen jukkenden Hautausschlag, der auf der Klinik Riehl als Skabies diagnostiziert und mit entsprechender Behandlung geheilt wurde. Im März und April 1919 war P. wegen spitzer Kondylome auf der Klinik Finger in Behandlung, erwähnte bei dieser Gelegenheit auch seine Besorgnisse bezüglich einer eventuellen Syphilisinfektion, wurde daher diesbezüglich beobachtet, ohne daß etwas Verdächtiges festgestellt werden konnte. Erst die Anfang Mai 1919 auf der Klinik Finger vorgenommene WR, die positiv ausfällt, deckt die Syphilis auf und führt den P. mit der Bitte zu mir, eine antiluetische Kur einzuleiten. Mit Rücksicht auf die ganze Anamnese entschloß ich mich zu einer solchen nicht sofort, sondern ich ließ, um jeden immerhin denkbaren Irrtum, auszuschließen, in der Zeit vom 6. bis zum 16. Mai 1919 noch in einem Privatlaboratorium (Dr. Urban und Hellmann) und durch dieses gleichzeitig auf den serodiagnostischen Stationen der Klinik Riehl und Finger die WR wiederholen. Da die Resultate übereinstimmend komplett positiv ausfielen, konnte an der Diagnose kein Zweifel mehr bestehen und die Kur wurde am 16. Mai begonnen. Erscheinungen von Syphilis fehlten auf der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten derzeit vollkommen; verdächtig war eine, übrigens wenig ausgesprochene Lymphadenitis universalis, die aber auch auf die während seiner militärischen Dienstleistung vom Kranken wiederholt durchgemachte Pedikulosis und Skabies bezogen werden konnte.

Es fragt sich nun, wo in diesem Falle die Initialsklerose situiert war und wann die Infektion stattgefunden hat. Da im November 1918 die WR noch negativ war, liegt zunächst die Möglichkeit vor, daß P. sich allenfalls im Oktober 1918 infiziert haben könnte. Er gibt mit Bestimmtheit an, zu der fraglichen Zeit nichts auch nur Verdächtiges an sich bemerkt zu haben. Ich möchte hier in Parenthese bemerken, daß P. über die derzeitige große Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durchaus informiert ist und seit Jahren in der Furcht, einmal infiziert zu werden, gelebt hat. Die zwar nicht präzis definierte, aber von sachkundiger Seite als ganz bedeutungslos bezeichnete Affektion im Munde im November 1918 käme als Sklerose immerhin in Betracht; sie verheilte, wie erwähnt, spontan in wenigen Tagen. War das die Initialsklerose,

Digitized by Google

so war es eben eine ganz uncharakteristische und ephemere. Eine Anschwellung der regionären Drüsen wurde nicht beobachtet.

Am wahrscheinlichsten erscheint es nach den Angaben und auch nach der Ansicht des P. selbst, daß die Infektion beim Koitus Anfang Dezember 1918 stattgefunden hat. Seit diesem Koitus hat aber eine beständige, peinlich genaue Selbstbeobachtung, verbunden mit ärztlicher Kontrolle, eingesetzt, ohne daß etwas auch nur Verdächtiges festgestellt werden konnte. Wenn wir also annehmen, daß die Infektion Anfang Dezember 1818 erfolgte, so könnte es sich wieder nur um eine ganz ephemere unscheinbare Initialsklerose gehandelt haben.

Ich möchte, um das ausdrücklich zu betonen, den Fall nicht als einen von Syphilis d'emblée auffassen, denn für die exakte Feststellung einer Syphilis d'emblée ist zu verlangen, daß der Impftermin und die Impfstelle genau bekannt sind, daß an dieser genau bekannten und konstant genau kontrollierten Impfstelle sich keine Initialsklerose entwickelt, während nach einiger Zeit Allgemeinerscheinungen von Syphilis auftreten (gleichzeitig muß natürlich außerdem mit Sicherheit festgestellt werden, daß nicht etwa an einer anderen Körperstelle, als der stets genau kontrollierten Impfstelle, mittlerweile eine Initialsklerose akquiriert wurde). Aber der soeben geschilderte Fall scheint mir, wie eingangs erwähnt, ein brauchbares Beispiel für einen ephemeren Initialaffekt zu sein. Brauchbar deswegen, weil, um es zu wiederholen, P. ein sich selbst ängstlich beobachtender, mit guten theoretischen Kenntnissen über die Geschlechtskrankheiten versehener Mediziner ist, der außerdem während der kritischen Zeit stets unter sachkundiger ärztlicher Beobachtung war. Sind nun solche Fälle so selten, daß sie für die Praxis bedeutungslos sind oder sind sie immerhin so häufig, daß sie die erhöhte Aufmerksamkeit auch des Praktikers verdienen? Sind sie nicht so ganz selten, so wäre es geboten, der in aufgeklärten Laienkreisen jetzt herrschenden Ansicht entgegenzutreten, daß, wenn 3—4 Wochen nach dem Koitus nichts Verdächtiges nachgewiesen wäre, alle Gefahr einer eventuellen Infektion durch den in Frage kommenden Koitus vorüber sei, und zu verlangen, daß nach einem verdächtigen Koitus unter allen Umständen nach 6—7 Wochen eine WR vorgenommen werde.

Da wir für die Beantwortung der uns hier interessierenden Frage fast ausschließlich auf die Angaben des Kranken angewiesen sind, scheint mir, wie eingangs bemerkt, eine exakte Feststellung der Häufigkeit ephemerer unscheinbarer Initialsklerosen nicht möglich, aber approximativ sollte man sie wenigstens zu eruieren versuchen. Das scheint mir an einem großen Krankenmaterial wohl durchführbar. Ich würde zu diesem Zwecke vorschlagen, diejenigen Patienten, die mit einem typischen Erstlingsexanthem in Behandlung kommen, bei denen sich also der Infektionstermin durch Zurückdatieren recht genau bestimmen läßt, genauestens auf noch bestehende Sklerosen bzw. Sklerosenreste zu untersuchen und die Fälle, bei denen sich von einer Sklerose nichts mehr nachweisen läßt, zu registrieren. Dann würde ich diese letztgenannten Fälle sorgfältig anamnestisch vornehmen, diejenigen Patienten ausscheiden, die angeben, sie hätten vor 8—10 Wochen am Genitale oder an einer anderen Körperstelle etwas, was allenfalls eine Sklerose hätte sein können, beobachtet

Digitized by Google

und den Rest der Fälle, d. h. also die Patienten, die strikt in Abrede stellen, vor 8—10 Wochen etwas an sich bemerkt zu haben, neuerdings registrieren. Von diesen wären dann endlich die vertrauenswürdigen zu zählen. Die sich ergebende Zahl würde immerhin, so meine ich, annähernd eine Vorstellung von der Häufigkeit ephemerer Zwergschanker vermitteln können. Der alte Satz: quivis syphiliticus mendax est, besteht meiner Ansicht nach heutzutage doch nicht mehr so zu recht, wie vielleicht zu der Zeit, als er aufgestellt wurde, und ich glaube daher auch nicht, daß es noch immer berechtigt ist, mit dem Hinweis auf ihn dem Krankenexamen des Syphiliskranken einfach jeden Wert abzusprechen.

Jedenfalls scheint es mir eines Versuches wert, meiner Anregung zu folgen. Vielleicht wird die Zahl, die man findet, wenn man in der soeben angegebenen Weise vorgeht, größer sein, als man a priori erwarten möchte (was gewiß von ebenso großer praktischer wie theoretischer Bedeutung wäre).

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

d.' Serologie.

Über den Einfluß der Temperatur auf das Komplementbindungsvermögen bei der WR und seine Bedeutung für die Serodiagnostik der Syphilis, von FR. GRABTZ-Hamburg. (Zschr. f. Hyg., Bd. 89, H. 2.) Die Kältemethode nach JACOBSTHAL ist dem Originalverfahren nach WASSERMANN, bei durchaus gleicher klinischer Spezifität der beiden Methoden, hinsichtlich der praktischen Leistungsfähigkeit nicht nur ebenbürtig, sondern müßte eigentlich einen integrierenden Bestandteil der biologischen Syphilisdiagnostik bilden. Dabei muß man allerdings nochmals hervorheben, daß in Anbetracht der Eigenart mancher Syphilitikersera, nur bei Bruttemperatur positive Reaktionen zu liefern, von einem Ersatz der Originalmethode durch die Kältemethode abgesehen werden muß und somit nur ein Nebeneinander der beiden Methoden oder aber eine Kombination derselben im Sinne der Versuchsanordnung nach THOMSEN und BOAS in Frage kommen kann. Näheres im Original. O. Gans-Heidelberg.

Die Ergebnisse der Sachs-Georgischen Ausflockungsmethode bei Blut- und Liquoruntersuchungen, von W. SCHÖNFELD-Würzburg. (M. m. W., 1920, Nr. 14.) Die Resultate der SGR stimmen i. A. mit denjenigen der WR überein. Die ursprüngliche Methode (2stündiger Aufenthalt im Brutschrank) gibt weniger negative Resultate als die spätere (24stündiger Aufenthalt). Letztere stimmt mehr mit der WR überein. Es empfiehlt sich daher, die WR durch den ursprünglichen Sachs-Georgi überwachen zu lassen. Bei nicht syphilitischen Krankheiten führt die neue Methode eher irre. Bei weichen Geschwüren ist das Resultat bei beiden Sachs-Georgi-Methoden negativ. Bei ausgesprochener Tuberkulose tritt in jedem Fall unspezifische Reaktion ein. Eigenhemmungen sind der SGR eigentümlicher als der WR. Im Gegensatze zum Blute bietet der Liquor durch Eigenflockung manchmal Schwierigkeiten, häufiger bei der neuen als bei der alten Methode. v. Notthafft-München.

Zur Methodik der serodiagnostischen Luesreaktion nach SACHS und GEORGI, von GERHARD WODTKE-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1920, Nr. 15.) Durch Verwendung doppelter Serummenge kann die Empfindlichkeit der SGR oft gesteigert werden Doch kommt noch ein stärkeres Reagieren kleinerer Serummengen manchmal vor. Daher ist der Versuch zweifach anzustellen. Cholesterinierte Menschenherzextrakte sind statt solcher Rinderherzextrakte auch verwendbar. v. Notthafft-München.

Einfluß der Temperatur auf die Sachs-Georgische Ausflockungsmethode bei Syphilis, von HAUCK-Erlangen. (M. m. W., 1920, Nr. 13.) Es ist Brutschranktemperatur nötig. Dann ist die Methode der Wassermannschen „ziemlich ebenbürtig". v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Wassermann- und Sachs-Georgische Reaktion bei Syphilis, von Fr. Baumgärtel. (M. m. W., 1920, Nr. 15.) WR und SGR stimmen i. d. R. überein. SGR ist bei Brutschranktemperatur anzustellen und die Resultate sind nach 2, 24 und 48 Stunden abzulesen, um serologisch-atypische Syphilisfälle auch nachweisen zu können. v. Notthafft-München.

Über die neueren Ausflockungsreaktionen zur Diagnose der Lues, von Hübschmann-Leipzig. (M. m. W., 1920, Nr. 9.) Im Originale nachzulesen. v. Notthafft-München.

Wann soll man eine Lumbalpunktion machen? von Ernst Loewy-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1919, Nr. 23.) Es wird dafür eingetreten, daß eine Lumbalpunktion außer bei den bisher üblichen Fällen (Hirntumoren, Meningitis, Rückenmarksverletzungen usw.) auch bei Lues I und II vorgenommen wird. Theoretisch werden Punktionen vor und nach jeder Kur und mehrere Jahre hindurch Nachkontrollen gefordert; praktisch ist die Punktion bei positivem Blutbefund unnötig. Bei Hirnlues, Tabes, Paralyse ist die Punktion zur Klärung der Diagnose unbedingt in allen klinisch fraglichen Fällen nötig. Die intraspinale Behandlung (Gennerich) hat im ganzen keine besseren Erfolge als die intravenöse. de Lemos-Hamburg.

Wassermann-Widersprüche vom Standpunkte des Klinikers aus betrachtet, von Albr. L. Wolbrast-New York. (New York m. J., 1920, Nr. 5.) Die Verschiedenheit der Ergebnisse ist z. T. darauf zurückzuführen, daß der eine Untersucher bemüht ist, möglichst in jedem Serum eine positive Reaktion zu finden, während ein anderer seine Hauptaufgabe darin erblickt, den Nichtsyphilitiker vor einer falschen Diagnose und unnötigen Behandlung zu bewahren. Da die Technik noch keine einwandfreie ist, ist es erforderlich, stets von mehreren voneinander unabhängigen Serologen untersuchen zu lassen, wobei dann ein negativer Befund bei demjenigen höher zu bewerten ist, der die Neigung hat, möglichst viel positive Resultate zu erhalten und umgekehrt. Bei Untersuchung von 12 Fällen an 4 Stellen ergab sich völlige Übereinstimmung in 4 Fällen (alle negativ!), in 3 Fällen stimmten 3, in 4 Fällen 2 überein, in einem Falle waren alle voneinander verschieden. Unter 40 von 2 Serologen untersuchten Proben fand sich Übereinstimmung in 29 Fällen, geringe Differenzen in 3, entgegengesetzte Resultate in 8 Fällen. In 219 von 3 Serologen bearbeiteten Fällen fand sich Übereinstimmung in 116, Differenzen 23, völliger Gegensatz in 80 Fällen; von den übereinstimmenden Fällen waren 73 positiv, 42 negativ. Bei entsprechenden Untersuchungen mit der Blennorrhoe-Komplementfixationsprobe ergab sich bei 26 von 3 Serologen bearbeiteten Fällen Übereinstimmung in 11, materielle Differenzen in 3, Widersprüche in 12 Fällen; in 7 weiteren Fällen stimmten 2 Serologen 6mal überein, widersprachen sich in einem Falle, und zwar waren die übereinstimmenden Befunde sämtlich negativ.
E. Levin-Berlin.

Eine spezifische Ausflockungsreaktion zum Nachweis der alkoholischen Rezeptoren des Hammelblutes und ihrer Antikörper, von H. Sachs und F. Guth-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1920, Nr. 6.) „Hammelblutrezeptoren" finden sich, wie Sachs und Georgi nachgewiesen haben, in den Organen vom Pferde, nicht aber in denen vom Rind oder Schwein, und sie haben hierauf eine Methode gegründet, um auf dem indirekten Wege der Ambozeptorbindung durch Nachweis der Rezeptoren eine Beimischung von Pferdefleisch in Wurstwaren nachzuweisen. Denn Pferdefleisch beraubt ein durch Meerschweinchenorgan- oder Pferdeorganimmunisierung gewonnenes hämolytisches Antiserum seines Gehalts an hämolytischen Ambozeptoren für Hammelblut, während Rind- oder Schweinefleisch in dieser Hinsicht unwirksam ist. Verff. berichten nun über Untersuchungen betreffs Verwendbarkeit von alkoholischen Extrakten von Meerschweinchennieren, wie solche sich an der Ausflockung in Verbindung mit Kaninchenserum erkennen läßt. Das aus Meerschweinchennieren durch Ausschütteln mit sechsfach mit physiologischer Kochsalzlösung verdünntem Spiritus hergestellte Extrakt ergab bei Verwendung von genügenden Mengen von Kaninchenserum (0,02—0,1 ccm) die gleichen Ausflockungsresultate wie das Hammelblutantiserum. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Frage der Zuverlässigkeit der serologischen und neurologischen Frühdiagnose der Syphilis, von F. Kobrak-Berlin. (M. Kl., 1920, Nr. 7.) In manchen Fällen ergibt die Sachs-Georgische Reaktion bei Lues im Frühstadium einen positiven Ausfall, während die WR noch negativ ausfällt. Ferner hat Verf. öfters eine Störung der Funktion des N. acusticus als Frühsymptom der Lues nachweisen können, während die eine oder die andere dieser Reaktionen oder auch alle beide noch negativ ausfielen.

Digitized by Google

Zur Prüfung der Zuverlässigkeit einer Abortivkur wird man demnach stets auch den funktionellen Befund am Oktavus berücksichtigen müssen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zum Nachweis der Syphilis durch Ausflockungsreaktionen, von E. Meinicke-Hagen i. W. (D. m. W., 1920, Nr. 1.) Ausflockungsreaktionen zum Nachweis der Syphilis verwenden ein Durchschnittsoptimum der Mengenverhältnisse von Serum und Extrakt. Positive Sera, deren Flockungsoptimum weit von dem Durchschnittswert abliegt, bleiben gelegentlich ungeflockt und entgehen so dem Nachweis. Man vermeidet diese Fehlerquelle, indem man Reihenversuche mit verschiedenen Extraktmengen ansetzt.
de Lemos-Hamburg.

Zur Frage der Brauchbarkeit cholesterinierter Organextrakte für die Serodiagnostik der Syphilis, von H. Sachs-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1920, Nr. 3.) Sachs versucht den Beweis zu erbringen, daß der Cholesterinzusatz zu den Extrakten keine erhöhte Eigenhemmung schaffe. Freilich muß der für die WR jedesmal günstigste Cholesterinzusatz durch Versuche erprobt werden. In der heutigen Zeit sind die cholesterinierten Herzextrakte leichter herstellbar als die Leberextrakte, die Empfindlichkeit der Probe ist durch den Zusatz keineswegs herabgesetzt. de Lemos-Hamburg.

Vergleichende Untersuchungen zwischen den Reaktionen nach Sachs-Georgi und nach Wassermann, von Th. Messerschmidt-Hannover. (D. m. W., 1920, Nr. 6.) In 85,1% stimmten die Befunde überein, in 6% gab die Sachs-Georgi-Reaktion richtigere positive Resultate, in 10% gab die WR bessere Ergebnisse. Die Sachs-Georgi-Reaktion hat sich also als sicher erwiesen bei einem Untersuchungsmaterial von über 1100 Serumproben. de Lemos-Hamburg.

Zur Serodiagnostik der Syphilis, von Neufeld. (B. kl. W., 1920, Nr. 18.) Eiweißzerfall kann zu Komplementbindung Anlaß geben; es sind aber wahrscheinlich besondere Verhältnisse, die wir nicht kennen, notwendig, damit dies geschieht. Wenn man versucht, Krankheiten konsumierenden Charakters, die nicht syphilitisch bedingt sind, serologisch zu studieren, dann findet man überraschend selten Fälle mit positiver Reaktion. Ein ganz ähnliches Ergebnis ergaben Tierversuche. Wahrscheinlich verursachen zwei verschiedene Körper die Komplementbindung bei der Syphilis, von denen der eine vermutlich vom Syphiliserreger direkt herrührt, der andere durch Eiweißzerfall entsteht. O. Sprinz-Berlin.

Über „thermolabile" Ausflockung nach Sachs und Georgi, von Fr. Baumgärtel-München. (M. m. W., 1920, Nr. 26.) Die „thermolabile", d. h. bei längerem Aufenthalt im Brutschrank wieder schwindende Ausflockung ist nicht für Syphilis charakteristisch. Bei Temperaturerniedrigung zeigt jedes normale Serum Ausflockung, die bei höherer Temperatur wieder schwindet. Bei Syphilis wird das Globulin verändert, so daß die Ausflockung thermostabil wird. Fälle mit unspezifischer positiver WR haben nur, wenn diese sehr stark auftritt, thermostabile Ausflockung. Das ist differentialdiagnostisch wichtig. v. Notthafft-München.

Kolloidchemische Untersuchungen am Liquor cerebrospinalis, von Felix Stern und Fritz Pönsgen. (B. kl. W., 1920, Nr. 12 u. 13.) Verff. haben an einem großen geeigneten Materiale den diagnostischen Wert der Langeschen Goldsolreaktion nachgeprüft. Wegen der Inkonstanz in der Erzielung brauchbarer Goldsole verwandten sie das Kollargol zur Kolloidreaktion. Die Stammlösung von Kollargol Heyden (0,1 in 200,0 doppelt destillierten Wassers) erwies sich als unbegrenzt haltbar. Sie zeigen an insgesamt 200 Untersuchungen von Erkrankungen an Paralyse, Tabes dorsalis, Lues cerebri, multipler Sklerose, Meningitis, Tumoren, Epilepsie, Psychosen und Neurosen den differentialdiagnostischen Wert, den diese Reaktionen haben können, indem sie immer neben der Goldsolreaktion auch die mit Kollargol anstellten. Alles in allem stellen auch die Kolloidreaktionen keine diagnostische Panazee dar, aber sie sind jedenfalls eine Ergänzung der anderen Liquorreaktionen und vor allem des klinischen Bildes. Die Kollargolreaktion, die bei der Paralyse bisher konstant, bei Lues cerebrospinalis häufig positiv, bei Tabes dorsalis fast immer negativ und sonst nur bei zwei Fällen von Kompressionssyndrom positiv gefunden wurde, bedeutet jedenfalls eine methodologische Verbesserung.
O. Sprinz-Berlin.

e. Therapie.

Kasuistischer Beitrag zur Frage der Organotherapie der Spirochaeta pallida, von Friedrich Fischl-Wien. (W. m. W., 1920, Nr. 2.) Eine Pat. wurde wegen Sekundärsyphilis (makulo-papulöses Exanthem) behandelt, WR vor der Kur (6 Hg-Sal-

Digitized by Google

varsan- und 2 Neosalvarsaninjektionen) war positiv. Allmählich entwickelte sich ein starker Ikterus unter Abnahme des Gewichtes, der sich nach drei Wochen unter Fortsetzung der Kur zurückbildete. Der Bräutigam der Pat., welcher sie infiziert hatte, stand ebenfalls wegen Sekundärlues in Behandlung. Er erzählte, er habe auch vor sechs Wochen an Gelbsucht gelitten. Er war, da die Lues nicht erkannt worden war, nicht spezifisch behandelt worden, hatte nur Diät gehalten und der Ikterus war verschwunden. Weiter berichtete er, daß seine Freundin, von der er die Lues erwarb, ebenfalls gelbsüchtig gewesen sei. Ein zufälliges Auftreten von rein katarrhalischem Ikterus bei diesen drei Personen glaubt der Verf. nicht annehmen zu dürfen, sondern er vermutet, daß es Spirochätenstämme gibt, bei denen das Virus hepatotrop ist.
H. Vörner-Leipzig.

Die Behandlung der Syphilis durch den praktischen Arzt, von Otto Sachs-Wien. (Klin. ther. Wschr., 1920, Nr. 17/18.) Der Verf. entwirft ein genaues Programm zur Behandlung und bespricht die einzelnen Präparate. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Allgemeinbehandlung der Syphilis, von L. Bory. (Le Progrès méd., 1920, Nr. 2.) Klinische Vorlesung. Nichts Neues. E. Levin-Berlin.

Neuere Probleme der Paralyse- und Tabestherapie, von F. Plaut-München. (D. m. Wschr., 1919, Nr. 48.) Verf. gibt einen Überblick über die therapeutischen Maßnahmen bei Tabes und Paralyse, ihre oft wenig gesicherten theoretischem Grundlagen und die trotz aller Bemühungen geringen Therapieerfolge. Zur Lösung dieser Probleme bedarf es der Zusammenarbeit von Kliniker, Experimentalpathologen, Anatomen, Serologen und Chemikern. de Lemos-Hamburg.

Die moderne Syphilistherapie im Krankenhaus, von H. Ritter. (Hamb. m. Überseeh., 1914.) Verf. schildert die auf der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg, Hamburg, geübte Syphilisbehandlung unter eingehender Darlegung von technischen Einzelheiten. Eine Wiedergabe im Referate ist nicht möglich. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage der Frühbehandlung der Syphilis, von Max Gutensohn. (Diss., Berlin 1918.) Drei Fälle von Reinfektion. In zwei Fällen war bei der ersten Lues die Eingangspforte für das Virus am Penis, während bei der zweiten Infektion die Initialsklerose an der Unter- bzw. Oberlippe auftrat. Nach gut durchgeführter Frühbehandlung und regelmäßig fortgesetzter klinischer und serologischer Beobachtung traten die neuen Primäraffekte nach $10^1/_2$, $14^1/_2$ und 13 Monaten auf. Die WR war bei allen Fällen zu Beginn der eingesetzten Behandlung noch negativ. Die Kur bestand in der Verabfolgung von 3,45 Neosalvarsan in sechs Wochen. Gleichzeitig 12 Hydrargyr.-salicyl.- oder 12 Kalomelinjektionen á 0.06. F. Weiler-Leipzig.

Allgemeines zur Syphilisbehandlung, von G. Neugebauer-Striegau. (M. Kl., 1920, Nr. 5.) Die in den Kriegsjahren hervorgetretene verstärkte Ausbreitung der Syphilis in Deutschland macht es zur dringenden Notwendigkeit, daß auch der in der Allgemeinpraxis stehende Arzt mit der Diagnose und der Therapie des Leidens durchaus vertraut sei. Zur Behandlung ist die intravenöse Verabreichung von Salvarsanpräparaten in jeder Hinsicht das zweckmäßigste Mittel. Die Überweisung von Kassenkranken in ein Krankenhaus zur Ausführung der Injektionen ist aus verschiedenen Gründen nicht empfehlenswert; die Behandlung ist ambulant durchzuführen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der jetzige Stand der Therapie der Syphilis in ihren verschiedenen Stadien, von Walter Hesse-Berlin. (Zbl. f. d. ges. M., 1920, Nr. 9.) Verf. gibt einen Überblick über die heute üblichen antiluetischen Behandlungsmethoden mit besonderer Berücksichtigung der Silbersalvarsantherapie. de Lemos-Hamburg.

Dermatologische Ratschläge für den Praktiker. II. Lues, von Max Joseph-Berlin. (D. m. W., 1920, Nr. 5.) Nichts Neues. de Lemos-Hamburg.

Die Behandlung der konzeptionellen und infantilen Syphilis, von L. Bory. (Le Progrès méd., 1920, Nr. 22.) Da die kindliche Syphilis meist kongenital ist, erfordert sie eine Präventivbehandlung beider Eltern vor der Zeugung bzw. während der Schwangerschaft. Bei Fehl-, Früh- und Totgeburten, frühzeitigem Tod der Kinder, angeborener Lebensschwäche energische Behandlung beider Eltern, auch wenn sie keine Erscheinungen aufweisen. Die rein paternelle kongenitale Syphilis ist doch vielleicht insofern nicht ganz von der Hand zu weisen, als sie einen schwächenden Einfluß auf die Frucht ausübt. In der Gravidität sind 2—3 Serien kombinierter Behandlung wünschenswert. Bei der Behandlung der infantilen Syphilis kann Quecksilber bei längerer Anwendung schlecht verträglich werden, Salvarsan wirkt tonisierend, ist jedoch schwierig

Digitized by Google

in der Anwendung, da die intravenösen Einspritzungen, für die besonders auch die Kopfvenen in Betracht kommen, oft kaum möglich, die intramuskulären zu schmerzhaft sind (hiermit scheinen die in Deutschland gemachten Erfahrungen durchaus nicht übereinzustimmen! Ref.) Zu empfehlen ist Schmierkur, Quecksilbersuppositorien bei älteren Kindern, Hg innerlich, noch später lösliche Quecksilberinjektionen; Jodkali.

E. Levin-Berlin.

Quecksilber- oder Salvarsandermatitis? von A. v. Rzuss-Belgrad. (M. Kl., 1918, Nr. 17.) Als rein kasuistischen Beitrag ohne jede eigene kritische Schlußfolgerung teilt v. Rzuss die Krankengeschichten zweier Fälle von Lues mit. In beiden Fällen — es handelte sich um frische Lues — hatten die Pat. bereits relativ erhebliche Mengen von Hg erhalten. Bei dem ersten Falle setzte fünf Tage nach der ersten Neosalvarsaninjektion und drei Tage nach der 7. Hg-Salizylinjektion eine sehr heftige akute Dermatitis mit hohem Fieber ein, die sich bald über den ganzen Körper ausbreitete und einem scharlachartigen Exanthem glich; an einzelnen Stellen nässend, erinnerte das Krankheitsbild in der dritten Woche an Pemphigus foliaceus; auch die Mundschleimhaut und die Conjunctivae waren befallen. Das Fieber zeigte bald remittierenden, bald kontinuierlichen Typus; daneben bestand eine selbst durch starke Schlafmittel nicht zu bekämpfende, quälende Schlaflosigkeit. Erst in der vierten Woche setzte ziemlich akut eine subjektive und objektive Besserung ein, das Fieber fiel rapide ab, Schuppen lösten sich unter fortgesetzter Bäderbehandlung, und es trat normale Haut zutage. Bei gutem Appetit und Schlaf nahm der Pat. an Körpergewicht schnell zu und war am Ende der fünften Woche in voller Rekonvaleszenz. Wenige Tage später, d. h. am Ende der sechsten Woche wurden wegen blepharitischer Erscheinungen die Augenlider einmal mit 1%iger gelber Präzipitatsalbe bestrichen; am folgenden Tage starke Rötung und Schwellung der Lider, Temperatur 39,7; nach 24 Stunden absolute Restitutio ad integrum. Der zweite Pat. hatte 3 Inunktionstouren durchgemacht (je 5mal à 4 g vom 7. XI. bis 1. XII. 1916), außerdem hatte er am 19. XI., 23. XI., 3. XII., 7. XII., 13. XII. und 19. XII., d. h. 6mal je 1 ccm 10%ige Hg-Salizylemulsion intramuskulär erhalten, ferner am 11. XII. und 30. XII. je 0,2 g Neosalvarsan intravenös. Am 18. I. 1917 sah der Verf. den Pat. mit einem dem oben beschriebenen Krankheitsbilde ganz anlogen Fall: „Diffuse Rötung der gesamten Körperhaut und mächtige lamellöse Schuppung; die entzündlichen Erscheinungen an den Schleimhäuten waren relativ gering, das Allgemeinbefinden weniger gestört als im ersten Falle.“ Die Behandlung, bestehend in Bädern und Schwefelsalben, schien erfolgreich, da erkrankte der Pat. am 22. I. an einer akuten Pneumonie und kam am 26. I. ad exitum. Der Verf. knüpft keinerlei Betrachtungen an, ob das Auftreten der Dermatitis als Hg- oder Salvarsanfolge aufzufassen sei und betont nur die geringen Salvarsanmengen und die bei dem ersten Pat. sicher bestehende Empfindlichkeit gegen Hg.

O. Lasch-Breslau.

Die Behandlung der Syphilis mit einer neuen Quecksilberzubereitung, von J. Lewengood-New York. (New York m. J., 1920, Nr. 8.) Die Behandlung besteht in mehrere Tage lang wiederholten täglich 6—9maligen Inhalationen des Rauches und Dampfes brennender rauchender Tabletten, die aus Quecksilber mit mineralischen und vegetabilischen Stoffen zusammengesetzt sind und gewöhnlichem Zündschwamm gleichen. Unter bisweilen ziemlich starker Salivation trat in wenigen Tagen Schwinden der den verschiedensten Stadien angehörenden Erscheinungen und der WR ein, das schneller und entschiedener auftrat als in ähnlichen mit Salvarsan und Quecksilbereinspritzungen behandelten Fällen. (Eine Bestätigung dieser allzu glänzend erscheinenden Erfolge dürfte abzuwarten sein! Ref.) E. Levin-Berlin.

Über Enesol (salizylarsensaures Quecksilber) als Injektionsmittel gegen Syphilis, von Hans Freund. (Diss., Leipzig 1920; Klinik Rille.) Enesol ist ein amorphes, weißes, bis zu 4% in Wasser lösliches Pulver, welches 38,40% Quecksilber und 14,4% metallisches Arsen enthält und dessen sterile Lösung vom Hersteller, Laboratorium Clin & Co. in Paris, in Ampullen von je 2 ccm Inhalt oder lose in Flaschen zu 30 und 60 ccm in den Handel kommt. An der Leipziger Hautklinik wurden 40 Pat. (32 männliche und 8 weibliche) mit Enesolinjektionen behandelt (34 klinisch und 6 poliklinisch). Die Anzahl der Injektionen betrug bei weitaus den meisten Fällen 25. Benutzt wurde eine 3%ige Lösung von Enesol. Von dieser Lösung wurden täglich 2 ccm intraglutäal injiziert. Die Einspritzungen waren in der Spitalpraxis völlig schmerzlos, in der Ambulantenpraxis meist schmerzlos. Durch die entsprechende Anzahl von Injektionen konnten die verschiedenen Erscheinungen der sekundären Lues zum Schwinden

Digitized by Google

gebracht werden. Das Enesol zeigte in seiner Wirksamkeit jedoch keinen wesentlichen Unterschied gegenüber den anderen löslichen Quecksilberpräparaten, jedoch gestaltete seine durch den Arsengehalt bedingte roborierende Wirkung es zu einem wertvollen Mittel bei der Behandlung anämischer und tuberkulöser Luetiker. Wegen seiner rasch vorübergehenden Wirkung ist es weniger als Mittel für die erste, grundlegende Kur zu empfehlen, als vielmehr zur Behandlung von Rezidivformen bei solchen Pat., die schon anderweitig merkuriell behandelt wurden und die gegebenenfalls im Zustande herabgekommener Ernährung oder sonstwie gelösten Allgemeinbefindens sind.

F. Weiler-Leipzig.

Ein Fall von Kalomelexanthem, von Bruno Fassmann. (Diss., Leipzig 1917, Klinik Rille.) Bei einem 36jähr. Schneider, der seit 18 Jahren magenleidend ist, entwickelt sich einige Stunden nach Einverleibung von 0,25 Kalomel (im ganzen wurden innerhalb dreier Tage vier Pulver à 0,25 g Kalomel verabreicht) unter Stechen und Jucken, aber Fehlen von Allgemeinerscheinungen und ohne jedwede Intoxikationssymptome an den Hand- und Fußrücken beginnend, ein fast über den ganzen Körper verbreitetes scharlachfarbenes Erythem, das sich aus Pünktchen und Knötchen, die quaddelartig eleviert sind, zusammensetzt. Auf beiden Handrücken, am linken inneren Knöchel und rechten Knie fallen dichtgedrängt stehende, mit wässerigem Inhalt gefüllte, miliare Bläschen auf, die an den Dorsalflächen der linken Finger zu einer einzigen größeren Blase konfluieren. Bemerkenswert sind Hämorrhagien, die sich am linken Oberschenkel gegen das Knie zu in Gestalt kleiner, punktförmiger, lividroter bis gelblichrötlicher Flecke im Bereich der diffusen Rötung finden. Ebensolche finden sich links in der Kniekehle, über der Patella, in der Wadengegend, vorn am Unterschenkel und oberhalb des inneren Knöchels, ferner an den beiden Schläfengegenden und vorn an der Stirn. Das Exanthem bildete sich nach Aussetzen des Kalomels schnell zurück, nach erneuter Aufnahme desselben rezidiviert es, bis schließlich Gewöhnung eintritt und nur an einigen wenigen Stellen sich eine feinkleiige Abschuppung zeigt.

F. Weiler-Leipzig.

Alival zur chronischen Jodkur, von Überhuber. (D. m. W., 1919, Nr. 15.) Das von den Höchster Farbwerken hergestellte Alival ist ein organisches Jodpräparat, das leicht löslich ist in Wasser, Alkohol und in fetten Ölen. Es ist im Handel in Form des Pulvers und in Form von Tabletten und kann daher oral als Lösung resp. Tabletten, 10—25%ig in Form von Inunktionskuren, rektal in Form von Suppositorien und intramuskulär und intravenös angewandt werden. Das Alival enthält 63% Jod.

E. Brinitzer-Altona.

Schwerste, akute Erkrankungen nach intravenöser Neosalvarsaninfektion, von Ernst Lottmann-Prag. (M. Kl., 1918, Nr. 23.) Als kasuistisch wertvollen Beitrag veröffentlicht Lottmann zwei Fälle, die nach je einer Neosalvarsaninjektion (leider fehlt die Angabe über die Dosis. D. Ref.) schwere Krankheitsbilder mit Bewußtlosigkeit, epileptiformen Anfällen, Zungenbiß, akuter Nierenreizung usw. darboten. Der eine Fall kam ad exitum; den anderen, etwas weniger schweren, gelang es durchzubringen. Bei dem letal verlaufenen Falle ergab die Obduktion einen hochgradigen Status lymphaticus (Schilddrüse 21 g schwer, rechter Lappen doppelt so groß als der linke, teigig, gelbbraun, kolloidreich, Thymus zweilappig, parenchymhaltig, 10 g schwer). Irgendwelche Veränderungen an den Organen, die nur auf Salvarsandarreichung bezogen werden konnten, fanden sich bei der Sektion nicht. Die chemische Untersuchung der Leichenteile ergab minimale Spuren As im Darminhalt. In beiden Fällen waren die Erkrankungen sehr plötzlich und vehement 8—9 Tage nach der Salvarsandarreichung aufgetreten. Eine Erklärung vermag Verf. nicht zu geben; er betont nur, daß wohl, wie fast bei jedem nicht ganz indifferenten Mittel, auch beim Neosalvarsan Idiosynkrasien vorkämen und daß man daher in allen Fällen, speziell bei Individuen mit Status lymphaticus, sehr sorgsam die Allgemeinkonstitution in Betracht ziehen müsse.

O. Lasch-Breslau.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. Dezember 1920 | Nr. 52 | Band 71

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag.

Urticaria symmetrica (dysmennorrhoica Matzenauer-Polland).

Von

Prof. C. Kreibich.

Mit 6 Abbildungen im Text.

Die Kleinbäuerin Marie Pux aus dem Böhmerwald gibt ihre Tochter Aloisia an die Klinik, „weil sich bei der Loisi seit kleinauf das Blut im Gesicht ausschlagt". Das geht so seit dem 9.—10. Lebensjahre, mit roten Flecken, die heiß sind, aber nicht jucken und oft recht groß werden. Seit dem 14. Lebensjahre sind auch ab und zu Krämpfe dazugekommen, wobei meist der Daumen gegen die Finger umgeschlagen wird. Das Bewußtsein verlor sie dabei nie. Im 23. Lebensjahre war ein starker derartiger Anfall, der von 2—11 Uhr dauerte, wobei bei vollem Bewußtsein der ganze Körper befallen war. Vor acht Wochen ein gleicher Anfall, dazwischen sehr häufig Flecke ohne Zusammenhang mit den Krämpfen. Seit einem Jahre Sehstörung. Pat. ist jetzt 24 Jahre alt. Menstruierte das erste Mal im 22. Lebensjahre, ohne Wiederholung in diesem Jahre, seither im ganzen fünfmal. Menstruation je ein Tag, schmerzlos mit schwacher Blutung.

Status praesens: Die Hautveränderungen lassen sich in akute und chronische unterscheiden.

Die akuten Erscheinungen sind rote Flecke vom Charakter perstierender, vasodilatatorischer Hyperämien. Die Flecke bleiben 6—8, manchmal auch 24 Stunden bestehen und bilden sich unter einer leichten Zyanose zurück. Die Farbe ist die des roten urtikariellen Fleckes, doch fehlt jede ödematöse Schwellung und Erhebung. Niemals fand sich eine Abblassung, die auf urtikarielles Ödem zurückzuführen war. Dem Fleck geht Brennen voraus, welches die Pat. im Gesicht durch kaltes Wasser bekämpft. Die Flecke sind im Beginn scharf begrenzt, bei der Rückbildung sind die Grenzen verschwommen. Die Form ist höchst verschieden; abweichend von der gewöhnlichen Urtikaria, die sich auch in großen Flecken gewöhnlich mit Bogenlinien begrenzt, finden sich hier auch gerade Grenzlinien. Doch kommen bei der Abblassung auch runde Bogenlinien vor, auch Streifen, die zum Teil durch Druck der Kleider mit beeinflußt sind. In großen Herden finden sich Aussparungen durch Flecke, die am Tage vorher hyperämisch waren.

Die Zahl und Form der Flecke ist einem großen Wechsel unterworfen, an manchen Tagen finden sich viel, dann wieder weniger. Die Rückbildung der Flecke erfolgt ohne irgendwelche Beteiligung der Epidermis, es findet sich keinerlei Abschuppung, Schilferung usw. Während des Spitalaufenthaltes von drei Wochen verging fast kein Tag, wo nicht irgendwo ein Fleck zu finden war. Dazwischen waren Tage mit sehr reichen Eruptionen. In den beigegebenen Schemen sind die Eruptionen im Gesicht festgehalten, sie waren immer kombiniert mit Flecken an den Armen und Beinen oder Rücken. In der schematischen Ganzfigur ist ein derartiger schwerer Anfall in seiner Gänze wiedergegeben. Pat. war an diesem Tag wegen Verschlechterung ihrer Augen sehr niedergeschlagen und weinte viel. Am nächsten Tage war die gesamte Eruption spurlos, bis auf einige zyanotische Flecke, verschwunden.

Das Wesen der Pat. ist ein schüchternes, bäuerlich eigenartiges, ohne daß man von psychischen oder intellektuellen Störungen sprechen könnte. Die symmetrische Anlage der Flecke ist eine deutliche, auch der in der Mitte gelegene Fleck, an Stelle zweier getrennter symmetrischer kommt vor. Ob jeder Fleck von seinem symmetrischen gefolgt war, können wir nicht angeben. Die Zeichnung der symmetrischen Flecke variierte manchmal stark, weil sie durch die bestehenden chronischen Veränderungen beeinflußt war. Die Symmetrie drückt sich auch zum Teil in den Schemen aus.

Digitized by Google

Die **chronischen** Veränderungen waren derartig, daß sie in keines der bekannten Krankheitsbilder einzureihen waren. Die Wangenhaut ist etwas dunkler pigmentiert, auch etwas verdickt, die Halshaut dunkel pigmentiert, wobei sich der Rand in pigmentierte Flecken auflöst, leichte Lichenifikation. Dabei aber fortgesetzt neue Flecke in dieser Hautpartie. Die Streckseiten der Arme zeigen in deutlich symmetrischer Weise, mit fleckenförmiger Aussparung normaler Haut, herdförmige, chronische Veränderungen. Sie bestehen in einer dunkleren Färbung, die aber nur zum geringsten Teil auf echte

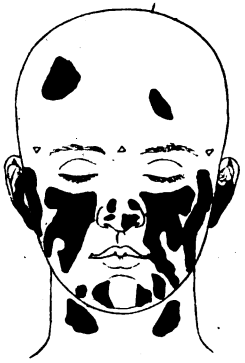


Abb. 1.

Abb. 2a.

Pigmentation zurückzuführen sein dürfte, sondern vorwiegend durch die auflagernden Hornmassen bedingt ist. Deshalb ist die Farbe auch mehr grau, ähnlich wie bei Lupus erythematodes, und es kommt nach der Abstoßung der Hornschicht die normal pigmentierte Haut zum Vorschein, die aber eine deutliche Vergröberung des Reliefs und eine gewisse Verdickung aufweist. Dort, wo die Hornschicht liegenbleibt, z. B. über den

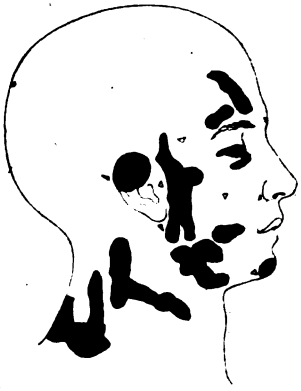


Abb. 2b.

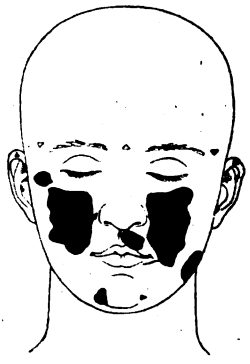


Abb. 3.

beiden Oberarmen, ist die Haut dunkel gefärbt, warzenartig beschaffen und stark verdickt. In den Achselhöhlen sind zwei umschriebene Herde, die durch dunklere Färbung und papillare Hypertrophie an Acanthosis nigricans erinnern. Etwas modifiziert ist das Bild an den Händen, wo durch das Waschen die obersten Hornschichten entfernt sind. Hier ist die Haut sehr stark verdickt, die Oberfläche warzenartig erscheinend und wie gestichelt aussehend. Solche Herde finden sich über allen Fingerknöcheln, aber auch an den Handrändern. Viel intensiver sind die Veränderungen an den unteren Extremitäten. In landkartenartiger Zeichnung verlaufen die Veränderungen von der Lende

Digitized by Google

bis zum Fußrücken. Dazwischen sind Inseln normaler Haut, so über der Tibia und den Malleolen, während über den Malleolen selbst sich sehr chronische Herde finden. Die eigentlichen Krankheitsherde und Aussparungen sind ziemlich symmetrisch, so sind sämtliche vier Knöchel befallen und die Fußrücken auf beiden Füßen betroffen. In den Herden selbst ist die Haut sehr stark verdickt, so daß eine Falte nicht zu erzielen ist. Die Oberfläche erscheint schmutziggrau, bedingt durch auflagernde Hornschicht, die sich mittels des Fingernagels oder scharfen Löffels, wenn auch nicht leicht, ablösen läßt. Nach Abhebung ist die Oberfläche fein gestichelt, von normaler Farbe. Diese Abhebung der Hornschicht kann auch von innen heraus, in der Art erfolgen, daß in einen derartigen warzigen Herd eine neue Hyperämie einschießt, worauf die Hornschicht plötzlich abgehoben erscheint und die hyperämische Basis zutage liegt. Geht die Hyperämie zurück, so erscheint die Hautstelle in der Farbe der normalen Haut, niemals waren Nässen, Krustenbildung usw. zu beobachten. Der Eintritt solcher Hyperämien verrät sich durch Brennen, worauf unter der Hornschicht die Rötung

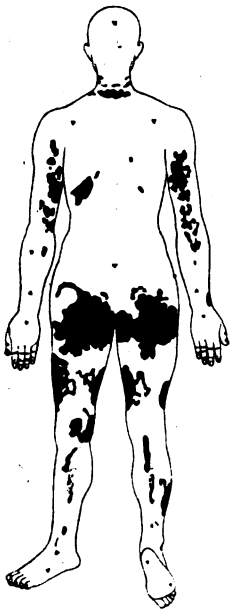


Abb. 4a.

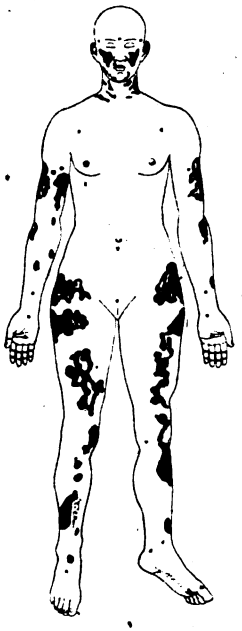


Abb. 4b.

deutlich wird. Dieser Vorgang wiederholte sich während des Aufenthaltes an ein und derselben Stelle öfters. — Über dem Fußrücken ist die Hornschicht festhaftender und erscheint nach Art von breiten Warzen gestichelt. Da Patientin außer Brennen kein Jucken verspürt, so ist die Verdickung und Leistenvergröberung nicht wie bei der gewöhnlichen Lichenifikation auf Scheuern zurückzuführen. Hingegen geht hervor, daß gedrückte Stellen mit Vorliebe hyperämisch werden und daher die intensivsten Veränderungen zeigen, so die Ellenbogen, die Knie, die Malleolen, die Haut über den Sehnen des Fußrückens. Die ausgesparten Herde zeigen normale Haut, doch haben wir auch in diesen Inseln akute Erscheinungen auftreten sehen, einmal mit zahlreichen follikulären Punkten beginnend (vgl. MATZENAUER-POLLAND), die in kurzer Zeit zu breiten roten Flächen und Streifen konfluieren.

Mit der Annahme, daß die Hautveränderungen nur die Folge einer perstierenden Hyperämie sind, stimmte das Ergebnis der **histologischen** Untersuchung überein.

Es wurde ein **akuter** Fleck aus der sonst vollkommen normalen

Digitized by Google

Haut exzidiert. Da die Dilatation der Gefäße durch die Fixation verloren ging, wies die Stelle keinerlei krankhafte Veränderungen auf. Es fanden sich bei der speziell daraufhin gerichteten Untersuchung keine entzündlichen exsudativen Elemente. Die Hornschicht war vollkommen normal, wies keinerlei Beeinflussung von seiten der Kutis, aber auch nicht z. B. von anderen her auf. Interessant gestaltet sich die Untersuchung einer **chronischen** Partie. Es wird eine dunkle, mit dickerer Hornschicht bedeckte Stelle gewählt. Der Schnitt zeigt eine starke, fast fingerförmige Streckung der Papillen, dadurch, daß das Epithel der Papillenoberfläche folgt, entsteht eine steile Wellenlinie, ähnlich wie bei Warzen oder älteren Condylom. acum. oder Cornu cutaneum, derart, daß man das Papillenende oft hoch zwischen dem Epithel antrifft. Das Rete selbst zeigt eine deutliche, wenn auch nicht hochgradige Verbreiterung ohne besondere Pigmentation der Basalreihe, hingegen mit ziemlich reichlichen Kernteilungen. Ohne Körnerschicht setzt dann plötzlich eine mächtig verbreiterte Hornschicht ein, in der sich nirgends Andeutungen parakeratotischer Kerne zeigen. Die Hornschicht ist kompakt, aus eng aneinander liegenden parallelen Schichten bestehend. Der anscheinend vermehrte Kernreichtum in der Kutis ist fast ausschließlich bedingt durch die Endothelien der Blut- und Lymphgefäße. Die Endothelzellen sind nicht wie sonst lang und platt an die Wand gedrückt, sondern die Zellen sind kürzer, die Kerne rund ins Lumen vorspringend, so daß zwei Zellen fast hantelartig, die ganze Begrenzung aber rosenkranzartig aussieht. Ganz vereinzelte, einkernige erivaskuläre Rundzellen, hingegen reichliche Mastzellen und etwas vermehrte pigmentierte Kutiszellen. Nirgends eine Ansammlung von exsudativen Zellen, keine Rundzellen in der Epidermis.

Die Verhältnisse sind so zu deuten, daß die oft und oft einschießende aktive Hyperämie zu einer Verlängerung der Papillen und konsekutiv zu einer Hypertrophie der Hornschicht geführt hat. Da der Prozeß keine Entzündung ist, so fehlen exsudative Zellen in der Kutis und jede Andeutung zur Parakeratose. Immerhin scheint längerdauernde Hyperämie auszureichen, um nach stärkerer Durchfeuchtung der Epidermis die warzenartige Hornschicht leichter abhebbar zu machen, derart, daß sie in großen Lamellen abhebbar wird.

Aus dieser seltenen Entstehungsart erklärt sich auch das klinisch ganz eigenartige, nicht einreihbare Bild.

Die sonstige klinische Untersuchung ergibt:

Hypoplasie des äußeren und inneren Genitales (gynäkologischer Befund). Beginnende beiderseitige Kortikalkatarakte, wie sie sich bei endokrinen Störungen findet (okulistischer Befund). Mäßige Verbreiterung der Sella turcica, deutliche Markierung der Nähte und Furchen für die Meningen (chirurgischer Röntgenbefund). Sekundäre Sexualmerkmale schwach ausgeprägt, geringe Mammaentwicklung, Fehlen der Achsel- und Schamhaare, geringe Ausprägung der weiblichen Merkmale in der Beckenkonfiguration, geringe Fettentwicklung (Befund der Klinik Biedl). Urin: normal, WR negativ.

Der beschriebene Fall fügt sich in das bereits vorhandene Material in folgender Weise ein:

1. Die klinischen Veränderungen müssen den Fall auch bei jenen

Digitized by Google

über den Verdacht des Artefaktes erheben, welche bisher noch nicht in der Lage waren, die Spontanität einschlägiger Krankheitsfälle zu erkennen.

2. Die akuten klinischen Veränderungen entsprechen den dilatatorischen Hyperämien, wie ich sie spontan und experimentell in meinem ersten Fall gesehen habe. (Monographie: Die angioneurotische Entzündung. M. PERLES-Wien, vgl. Arch. f. Derm., Bd. 95.) Neu ist, daß die Hyperämien nie zu höheren Phänomenen fortschritten, zu Hyperämie plus Ödem, zur nekrotisierenden Quaddel. Neu ist weiter, daß wiederholte dilatatorische Hyperämie zur Hyperplasie der Papillen und zur Hyperkeratose führt.

3. Ätiologisch waren sichere Anhaltspunkte für Störungen der Ovarialfunktion vorhanden, ähnlich wie in meinem ersten Falle (Kastration) und ähnlich wie in den Fällen von MATZENAUER und POLLAND, bei welchen dieses Moment noch schärfer in den Vordergrund tritt. Ob die tetanieartigen Symptome in obigem Falle auf dieselben oder auf andersartige endokrine Störungen zurückzuführen sind, muß dahingestellt bleiben. Die von MATZENAUER und POLLAND gewählte Bezeichnung: dysmennorrhoica und symmetrica, trifft für obigen Fall zu. Wie in einem früheren Fall (vgl. Arch. f. Derm., Bd. 122) setzte auch hier die Störung frühzeitig ein (10. Lebensjahr).

4. Da echte Entzündung fehlt, ist die Bezeichnung angioneurotische Entzündung und Dermatitis nicht anwendbar. Die Erkrankung ist in ihrem Wesen eine Urtikaria und eine niedere Variante der Urticaria necroticans dysmennorrhoica, als welche die Dermatitis dysmennorrhoica symmetrica (MATZENAUER und POLLAND) aufgefaßt werden kann.

5. Die pathogenetische Beurteilung deckt sich mit der Auffassung, die der einzelne über das Zustandekommen der Urtikaria hat. Der Angriff des Toxins am Nerven scheint mir auch im obigen Fall naheliegender als der an der Gefäßwand selbst, da auch die wiederholte Einwirkung des Toxins zu keiner entzündlichen Schädigung der Gefäßwand führte. Entzündung entsteht eben erst dann, wenn durch das gleiche Toxin ein vasomotorisches Phänomen höherer Art, id est der urtikarielle Infarkt, entsteht.

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. G. RIEHL).

Zur Frage der „Kaninchensyphilis".

Bemerkungen zur Arbeit E. JACOBSTHALS: Untersuchungen über eine syphilisähnliche Spontanerkrankung des Kaninchens (Paralues cuniculi).

Von

L. ARZT und Dr. W. KERL, Assistenten der Klinik.

In einer jüngst erschienenen Arbeit hat E. JACOBSTHAL[1]) eine syphilisähnliche Spontanerkrankung des Kaninchens, die er „Paralues cuniculi" nannte, beschrieben. Da wir uns mit einer ähnlichen Erkrankung beim

[1]) JACOBSTHAL, Derm. W., 1920, Bd. 71, Nr. 33.

Digitized by Google

Kaninchen nun schon seit mehr als sechs Jahren beschäftigen [1] [2]) und auch JACOBSTHAL der Ansicht ist, daß die von uns dabei nachgewiesenen Spirochäten mit den von ihm gefundenen mit dem Namen „Paraluescuniculi" belegten identisch seien, so möchten wir kurz zu den Ausführungen JACOBSTHALS Stellung nehmen.

Nach wie vor müssen wir auch auf Grund neuerlicher Untersuchungen den Standpunkt vertreten, daß eine morphologische Differenzierung dieser Spirochäte von der Spirochaeta pallida bis nun unmöglich ist. Auch wir sahen in unseren Fällen häufig die von JACOBSTHAL beschriebenen Agglomerationen und müssen trotz der von ihm erwähnten geringen Differenzen seiner Ansicht, daß dieselben nicht wesentlich sind, beipflichten.

Um die Frage der Natur dieser Spirochäten zu klären, schlägt JACOBSTHAL verschiedene Maßnahmen vor.

Von entscheidender Bedeutung scheint ihm die Impfung übers Kreuz, „ob eine Impfung mit der Luesspirochäte eine spätere Impfung mit der Paraluesspirochäte unmöglich macht". Wir haben derartige Versuche teilweise schon seinerzeit (1914) angestellt und auch in einem Fall ein positives Ergebnis erzielt.

Zwei klinisch spontan kranke Kaninchen — zwei Männchen M 31 und M 36 — wurden mit Stückchen einer Sklerose infiziert.

Das erste Tier (M 31) wies nach etwa vierwöchiger Beobachtung wohl kleine Knötchen in beiden Hoden auf, der Spirochätenbefund war aber negativ. Eine weitere Beobachtung des Tieres war wegen Kriegsausbruchs unmöglich.

Das zweite Tier (M 36), vom gleichen Patienten ebenso am 25. VI. 1914 infiziert, zeigte am 13. VII. zwei kirschkerngroße, periorchitische, scharf zirkumskripte Knötchen im linken Hodensack. Mikroskopisch fanden sich im Punktat ziemlich reichlich von der Spirochaeta pallida nicht differenzierbare Spirochäten.

Am rechten Hodensack, in welchem ein etwa kirschkerngroßes Knötchen sich zeigte, war der Spirochätenbefund negativ.

Zur gleichen Zeit konnten bei diesem Tiere in den schon zur Zeit der Inokulation vorhandenen Affektionen — erodierte, ulzerierende Prozesse am Penis und im Penisskrotalwinkel — ziemlich reichlich Spirochäten gefunden werden.

Mit dem Auftreten der Hodenveränderung waren auch beiderseits in inguine vergrößerte, harte Drüsen tastbar geworden.

Auch dieses Tier konnte infolge Kriegsausbruchs nicht weiter beobachtet werden, es ging am 24. VIII. 1914 zugrunde.

Trotz unseres positiven Ergebnisses wollen wir dieses aber nicht als Beweis für die Verschiedenartigkeit der beiden Spirochäten anführen, da nach unserer Ansicht erst bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müßten, um bindende Schlüsse aus solchen Übertragungen ziehen zu können. Das biologische Verhalten des luetisch infizierten

---

[1]) L. ARZT und W. KERL, W. kl. W., 1914, Nr. 29. — [2]) L. ARZT, Derm. Zschr., 1920, Nr. 2.

Digitized by Google

Menschen müßte gleich sein dem des experimentell infizierten Kaninchens, und dies scheint nicht zuzutreffen, denn z. B. nach Uhlenhuth und Mulzer[1]) können Nachimpfungen von experimentell infizierten, dann erkrankten oder geheilten Tieren positiv ausfallen. Nach Truffi[2]) soll eine zweite Impfung nur geringere Krankheitserscheinungen hervorrufen, er nimmt also eine relative Immunität an. Die Impfmethode, das verimpfte Material, der Ort der Impfung spielen nach Tomasczewski[3]) eine große Rolle bezüglich der Immunitätsverhältnisse. Wenn uns auch Pürckhauer[4]) mit der Annahme, daß es eine wahre Immunität beim Kaninchen nicht gäbe, zu weit zu gehen scheint, so sind doch die Verhältnisse der Immunität bei luetisch infizierten Kaninchen so wenig geklärt, daß sie für die Differenzierung der Spirochäten nicht herangezogen werden können.

Übertragungsversuche, über die Jacobsthal berichtet, wurden auch schon von uns angestellt, und im Jahre 1914 teilweise mitgeteilt.

Von einem spontan kranken Tier (242) wurde aus den Erkrankungsherden hervorsickerndes Serum und Blut aufgesogen und damit zwei Kaninchen M 397 in den Hoden und W 341 in die Klitoris am 13. Mai 1914 injiziert. M 397 kam nach wenigen Tagen mit Abszessen im linken Hoden ad exitum. Bei Tier W 341 vereiterte auch die Einstichstelle und stellte sich am 12. Tage post infectionem eine Schwellung der linksseitigen, inguinalen Lymphdrüsen ein.

Am 9. VI., also am 27. Tage nach der Infektion, konnten bei W 341 in einer Erosion an der Klitoris Spirochäten nachgewiesen werden. Da das Tier am 23. VI. an einer Stallseuche zugrunde ging, war eine weitere Beobachtung nicht möglich.

Jacobsthal hat bei seinen Übertragungsversuchen mit positivem Erfolge eine Inkubationszeit von $3^1/_2$—4 Wochen gefunden, ein Zeitraum, der sich mit dem seinerzeit von uns erhobenen (27 Tage) vollständig deckt. Diese Inkubationszeit unterscheidet sich aber nicht von der bei der experimentellen Kaninchensyphilis, für welche Uhlenhuth und Mulzer einen Zeitraum von durchschnittlich 3—6 Wochen angeben, so daß wir diese Entstellung zur Differenzierung der beobachteten Spirochäten wohl nicht verwerten können. In einem Fall erhielt allerdings Jacobsthal bei Übertragungsversuchen eine Affektion, die er als Primäraffekt anspricht, wobei jedoch nach den Angaben Jacobsthals die pathologisch-histologischen Veränderungen differieren. Ob diese Momente jedoch genügen, die Erkrankung von der Syphilis abzutrennen, möchten wir dahingestellt sein lassen.

Naheliegend scheint es auch, mit Hilfe der WR eine Klärung der Frage zu versuchen. Wie jedoch die Untersuchungen von Uhlenhuth und Mulzer ergaben, ist die WR bei Kaninchen kaum zu verwerten, da häufig schon normale Tiere positiv reagieren, andererseits

[1]) Uhlenhuth und Mulzer, Beiträge zur experimentellen Pathologie und Therapie der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Impfsyphilis beim Kaninchen. Berlin 1919. — [2]) Truffi zitiert nach Bering, Die experimentelle Tiersyphilis. Prakt. Ergebnisse auf dem Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1912, Bd. 2. — [3]) Tomasczewski, B. kl. W., 1910, Nr. 31. — [4]) Pürckhauer, Neissers Beiträge zur Pathologie der Syphilis, 1911, und Allg. med. Zentr.-Zeit., 1909, Nr. 17.

Digitized by Google

sicher syphilitische Tiere eine positive Reaktion nicht immer aufweisen. Die Tatsache, daß gesunde Kaninchen eine positive WR ergeben, könnte ja mit der Spontanspirochätose insofern zusammenhängen, daß dieser Ausfall spontan erkrankte oder erkrankt gewesene Tiere anzeigt. Aber auch Versuche, durch Herstellung eines alkoholischen oder wässerigen Extraktes ein brauchbares Antigen zu erhalten, haben bei Hodensyphilomen fehlgeschlagen, so daß noch mit viel weniger Aussicht auf Erfolg ein solcher aus den Krankheitsprodukten der spontan erkrankten Kaninchen gewonnen werden könnte.

Der von JACOBSTHAL gemachte Vorschlag, die Verschiedenheit der Spirochaeta cuniculi von der Spirochaeta pallida durch Paralytikerimpfungen festzustellen, erscheint uns nicht beweisend, da vereinzelt auch über positive Resultate bei Impfungen von Paralytikern mit spirochätenhaltigem Material berichtet wurde (HIRSCHL und MARBURG, Handbuch der Geschlechtskrankheiten von FINGER, Bd. 3, S. 1585). Bis auf wenige Ausnahmen allerdings gehen die Impfungen an Paralytikern nicht an (KRAFFT-EBING, zit. nach NONNE). Diese Tatsache wurde von BRAUER[1]) durch eine „relative Reaktionsunfähigkeit, durch das Unvermögen auf die virulente Keimansiedlung in genügendem Maße zu antworten" erklärt. Es wäre denkbar, daß sich diese geänderte Reaktionsfähigkeit nicht nur auf die Spirochaeta pallida, sondern auch auf die in Frage stehende Spirochäte erstreckt, und damit die Wahrscheinlichkeit, selbst bei differenter Natur der Spirochäten ein positives Ergebnis zu erzielen, bedeutend verringert; nach unserer Ansicht kann nur die Übertragung auf die Haut eines gesunden, d. h. von jeglicher Form der Syphilis freien Menschen, Aufklärung bringen. Vielleicht ergibt eine gelegentliche Laboratoriumsinfektion die Möglichkeit, die Frage endgültig zu beantworten. Die positive Übertragung auf Affen, die wir in zwei Fällen mit negativem Erfolg versuchten, wäre als Fortschritt anzusprechen. Auch hier käme nur dann dem positiven Ausfall Bedeutung zu, wenn die klinischen Bilder denen bei experimenteller Affensyphilis voll entsprächen.

Wir müssen daher auch heute noch den Standpunkt vertreten, daß eine Entscheidung der Frage, ob die Spirochaeta pallida mit der Spirochäte der Kaninchenspirochätose identisch ist oder nicht, trotz unserer jahrelangen, allerdings durch Tiermangel weitgehendst beeinträchtigten Arbeiten, nicht erbracht ist.

[1]) BRAUER, Arch. f. Derm., 1919, Bd. 126.

Berichtigungen. In der Arbeit von W. ROBITSCHEK in Nr. 46 dieser Wochenschrift, S. 927, 1. Zeile von oben muß es heißen: „80fache Verdünnung" statt „40fache".

Die auf S. 1000 dieses Jahrganges referierte Arbeit „Zur Frage der Infektiosität der latenten Syphilis" ist nicht von JAEGER, sondern von GÄRTNER.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. UNNA. Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abdominalkarzinose s. Dystrophia papillaris.
Acarus folliculorum Simon. Lebender — im Fischdarm, Merk 942.
Acne agminata. Ein Fall von, Oliver 790.
— urticata u. andere Formen „neurotischer Exkoriationen", Adamson 790.
— vulgaris. Die Beziehungen des Staphylococcus albus u. des Aknebazillus zur Epidermis u. die Absonderungen der Haut, mit spezieller Beziehung auf die Veränderungen bei, Benians 791.
— — Zwei ätiologisch seltene Fälle von, Hübschmann 853.
— — s. Röntgenstrahlenbehandlung.
— die — und ihre Behandlung, Jessner 902.
— s. Cignolin.
— s. Magenchemismus.
— s. Pranatol.
Acnebazillus s. Acne vulgaris.
Acrodermatitis suppurativa continua. 4 Fälle von, Bodin 814.
Addison. Zur Frage des Morbus, Fahr u. Reiche 918.
Addisonsche Krankheit. Zur Ätiologie der — u. der Sklerodermie, Gerson 536.
— — Zur Frage der, Quincke 918.
Adenom. Ein Fall von — des Nabels, Whiteford 537.
Adenotropismus s. Tropismus.
Adrenalin s. Novarsenobenzol.
— s. angioneurotisches Ödem.
Airol. Behandlung der blennorrhoischen Augeneiterung der Neugeborenen mit, Gallus 778.
Aktinomykose. Ein mit Vakzine erfolgreich behandelter Fall, Dean, C. W. 558.
— Zur Röntgenbehandlung der, Jüngling 941.
Akanthokeratodermia praecorunfaciens, Chalmers u. Atiyoh 517.
Akroasphyxie. Über, Cohn, Else 892.
Akrocyanosis chronica. Zur Symptomatologie u. Differentialdiagnose der, Fässler, Josef 893.
Aleppobeule. Anatomisch-experimentelle Studie über die, Kyrne u. Reenstierna 873.
Aleppobeulenerkrankung. Beitrag zur Kenntnis der, Reissner 916.
Alival zur chronischen Jodkur, Ueberhuber 1042.
Allergie. Spezifische Überempfindlichkeit oder — in Beziehung zu gewissen Eruptionen bakteriellen Ursprungs, Adamson 792.
Alopezia. Bemerkungen über eine Epidemie von, Rutherfurd 797.
Alopecia areata. Zur Ätiologie der, Sabouraud 814.
— — s. Dunkelfärbung.
Amöbenhaltig s. Zystitis.
Anästhesie. Lokale, durch Injektion von Anaesthesin solubile (Subkutin), Floer 861.
Analgesie. Ein Fall von Fourniers sekundärer syphilitischer, Rasch 792.
Anaphylaxie u. Heilsera, Kammann 840.
— s. Primeldermatitis.
Anatomie einiger Jagdtiere des Sudan. Notizen zur, v. Schrötter 487.
André 982.
Angina Plaut-Vincent. Über die Behandlung der — mit Salizylsäure, Bennigson 888.
Angiokeratom. Über einen Fall von, Mitscherling 921.
— s. Nävus.
Angiokeratoma s. Angiome.
Angiolupoid, Wichmann 470.
Angioma arteriale racemosum. Beitrag zur Klinik u. chirurgischen Behandlung des — besonders des Kopfes, Schmidt 920.
— neuralgicum. Ein Fall von, Grossi 921.

Digitized by Google

Angiom des Gaumens, Burnier u. Bloch 953.
Angiome. Hereditäre, mit Epistaxis, Paul 794.
— Über multiple kleine —, Angiokeratoma u. multiple Teleangiektasien, Adamson 794.
Angioneurotisches Ödem. Adrenalin bei, Coad 498.
Anthrax der Haut, Neoe 535.
Antiblennorrhoikum s. Terogentabletten.
— s. Methylenblausilber.
Antigonokokkenserum. Behandlung blennorrhoischer Komplikationen mit — u. temperatursteigernden Mitteln im Verein, Reenstierna 874.
Antipyrinexanthem. Ein seltener Fall von, Boas 479.
Antiseptika u. Desinfizienzien, Bachem 880.
Appendixüberpflanzung s. Hypospadieoperation.
Argochrom s. Methylenblausilber.
*Argoflavin. Über die intravenöse Anwendung des — bei Komplikationen der männlichen Gonorrhoe, Patzschke u. Wassermann 579.
— s. Trypaflavin.
Arrhythmien s. Syphilis.
Arsenikalis s. Polyneuritis.
Arsenik. Ausgedehnte Eruption nach prolongierter Anwendung organischen, Davis 755.
— s. Herpes zoster.
Arsenikpräparate. Die lokalhyperämische Reaktion bei Verwendung von — in der Syphilistherapie, Lacapère 761.
Arsenikvergiftung. Die Beziehung zwischen — und Yperitis, McDonagh 1020.
Arsenmelanose. Schwere — und Hyperkeratose nach Neosalvarsaneinspritzungen, Heller 758.
Arsenobenzol. Frühzeitige Nervensyphilis nach, McDonagh 797.
Arsoferrinbehandlung. Über, Flesch 857.
Arsoferrin-Tektoletts bei Hauterkrankungen, Polland 857.
Arsphenamin und Neoarsphenamin. Laboratoriums- u. klinische Studien über die Ursachen der Reaktionen auf intravenöse Inj. von, Schamberg, Kohmer, Raiziss u. Weiss 454.
Arteriitis obliterans s. Erythromelalgia.
Arthigonbehandlung. Über fünf Fälle bei Augenerkrankungen, Decker 781.
Arthritis, blennorrhoische. Behandlung mit sensibilisierter Gonokokkenvakzine, Haworth 779.
Arthritis blennorrhoica. Ein Fall von — mit charakteristischen Veränderungen an der Haut. Ein Beitrag zur Frage von der blennorrhoischen Keratodermie, Strandberg u. Hedenius 776.
*Arthritis gonorrhoica. Über Behandlung der, Lahmeyer 540.
Association Française d'Urologie, 20. Kongreß 842.
Asthma. Die antianaphylaktische Behandlung des — und gewisser Dermatosen, Danysz 492.
Asthmatischer Krise. Zustand —, geheilt durch das „914", Milian u. Blum 930.
Atherombildung s. Leukonychia.
Atrophie s. Ödemkrankheit.
Atrophisch s. Streifen.
Augenerkrankungen. Versuche von Behandlung luetischer — mit unspezifischen Heilmethoden, Possek 761.
Augenerkrankung s. Arthigonbehandlung.
Ausschlag. Chronischer, papulöser juckender in den Achseln und an der Schamgegend, Withers 453.
Ausschläge. Beobachtungen über die Ursachen der häufig auftretenden — der unteren Extremitäten. Erwähnung eines Falles von revidivierendem Lungenkatarrh, Lorenz 881.
Autenrieth s. Azeton.
Autovakzine s. Nasenrotz.
Azetoform. Über, Mindack 490.
Azeton u. Azetessigsäure. Die Bestimmung von — mit dem Autenriethschen Kalorimeter, Lenk 838.

Bäder und das Baden, Cantlie 496.
Bäderbehandlung s. Ekzem.
Balistes s. Integument.
„Barcoo-Rot" (Veld-Geschwüre?). Bemerkungen über die Pathologie von, Martin 535.
Bartflechte. Die Behandlung der — durch perkutane Vuzininjektionen, Hoffmann 939.
— Merkblatt zur Bekämpfung der, Lab 939.
Bartflechten u. scherende Flechten, Merkblatt über Hautpilzerkrankungen, Buschke 939.
Bartflechtentherapie mittels Sterilin, Chajes 938.
Basalzellenepithelioma. Ein Fall von multiplem gutartigem — des Kopfes mit einigen Bemerkungen über die Tumoren des Kopfes, gewöhnlich Endothelioma capitis und Sarkoma capitis benannt. Adamson 795.
— Ein Fall von multiplem, ulzerierendem — mit zonenförmiger Verteilung u. möglicherweise von Schweißdrüsen ausgehend, Adamson 793.
Bazillus coli s. Hodenabszeß.
— pyocyaneus s. Wunden.
— Ein aus einem pustulösen Ausschlag gewonnener, säurefester, Cobbett 488.

Digitized by Google

Beingeschwür. Zirkuläres — durch Bromeinnahme verursacht, Ward 796.
Beingeschwüre, fälschlicherweise variköse genannt: Eine klinische Übersicht, White 795.
Bessunger s. Lupus.
*Bindegewebsdegeneration, muzinöse Färbung im Hautschnitt, Kreibich 539.
Blasendivertikel, invaginiertes, Wossidlo, Erich 812.
Blastomykosis der Zunge, New 558.
Blennorrhagie. Weibliche, Behandlung der, Pouliot 779.
Blennorrhagisch s. Schanker.
Blennorrhoe. Die Behandlung der —, Komplikationen der, 799.
— Die chemotherapeutische Behandlung der, Mc Donagh 780.
— Die kombinierte Abortivbehandlung der, Loeb, B. 781.
— Die elektrolytische Behandlung der —. Ein neuer Elektrolyt, Russ, C. 780.
— Gleichzeitige Infektion mit — u. Syphilis, Watt 762.
— Die Komplikation mit Syphilis, Lumb 777.
— Vakzinetherapie der, Renaud-Badet 475.
— Die Verhütung von Rückfällen bei, Russ 779.
— Die Behandlung der akuten Tamponade u. Massage, Fogarty 780.
— Zur Behandlung der — bei Frauen, Albrecht u. Funk 799.
— Weibliche, praktische Behandlung der, Chevalier 778.
— zur Behandlung mit Kollargol, Lux 782.
— s. Körpertemperatur.
— s. Vakzinebehandlung.
— weibliche, s. Leuchtsondenbehandlung.
Blennorrhoiker s. Epidermitiden.
Blennorrhoischen Eiters. Zur Beurteilung des, Müller 809.
Blennorrhoisch s. Keratosis.
Blitzeinwirkung s. Haarausfall.
Blutbefund s. Tabes.
Blutbild der Reizungsformen. Über das, Arneth 841.
— s. Pocken.
Blutknötchenkrankheit. Mitteilung über die, Schürer u. Waldheim 497.
Blutplättchen s. Purpura haemorrhagica.
Boecksches Sarkoid. Zur Frage des, Stümpke 934.
Botriomykosis beim Menschen, Aievoli 941.
Bowensche Dermatose. Der Krebs der, Darier 475.
Bromeinnahme s. Beingeschwür.
Bromeruption. Ein Fall von knotiger — bei einem Brustkinde, Moles-Wirth u. Whitfield 793.
Bromkali s. syphilitische Hauteruption.
Bromtherapie. Neues zur Jod- u., Bornstein 493.
Bubo. Die Behandlung des schankrösen — nach der Fontanschen Methode, Bodin 814.

Carcinoma cutis, Wichmann 470.
— xanthomatodes prostatae, Kinoshita 811.
Chemotherapie s. Kolloide.
— Theorie und Praxis der, Mc Donagh 792.
— s. Ophthalmoblennorrhoen.
Chinaalkaloide. Zur Desinfektionswirkung von — auf Streptokokken u. Staphylokokken, Kaufmann 836.
Chirurgie s. Trypaflavin.
Chlamydozoa-Strongyloplasmen. Über, Lipschütz 822.
Cholesterinämie. Essentielle, mit Xanthombildung, Arning u. Lippmann 919.
Chorionfermente s. Syphilisinfektion, intrauterine.
Chromatophorom. Bemerkungen zum, Ribbert 477.
Chromatophorome. Zur Prognose der (Melanosarkome), Gilbert 935.
Chrysarobin s. Verfärbung.
Cignolin. Über, Kretzschmer 857.
— der Chrysarobinersatz, Polland 857.
*— bei Akne, Polzin 983.
Condylomata acuminata s. Pagetsche Krankheit.
Craw-Craw. Die Ätiologie von, Pijper 533.
Creeping disease. Ein Fall von in Paris übertragener, Darier 813.

Dakinsche Lösung. Über die — und das Präparat „Mea Jodina" als Behandlungsmittel infizierter Wunden und als Händedesinfektionsmittel, Hirschmann u. Landau 859.
Dariersche Krankheit. Fall von, Löhe 976.
Defluvium capillorum nach Influenza, Gibson 557.
Dercumscher Symptomenkomplex s. Hypoovarismus.
Dermatitis herpetiformis mit Psychose. Ein Fall von, Boas 451.
— —, Delbanco 470.
— universelle exfoliative nach Natriumkakodylat, Pusey 453.
— durch die bei Luftangriffen verwendeten Explosivstoffe, Sequeira 494.
— durch Explosivstoffe bei Luftangriffen, Tyson 494.

Digitized by Google

Dermatitis nach Berührung mit deutschen Bomben, Mac Leod 494.
— durch Explosivstoffe bei Luftangriffen, Sequeira 494.
— durch Explosivstoffe, Robson 494.
— durch Berührung mit Explosivstoffen, Small 494.
— Seborrhoische — von ungewöhnlicher Schwere nach einem Anfall von Urtikaria ab ingestis, Sequeira 755.
*— frontalis durch Kuhlederersatz, Appel 775.
— Bericht über einen Fall von akuter, durch Kopra- (Kokosnuß-) Staub verursachter, Macleod 790.
— dysmenorrhoica beim Manne. Nochmals ein Fall von sogenannter, Brauer 833.
*— durch Spargelsaft. Ein Fall von, Brenning 851.
— Über eine durch Schweinslederersatz hervorgerufene, Bettmann 876.
— chronica atrophicans. Beitrag zur Histologie der, Attinger 932.
Dermatologische Fehlbenennungen, Scholtz 454.
— Ratschläge für den Praktiker, Joseph 899, 922. 942, 978; II. Lues 1040.
Dermatose. Eine neue, Arning 899.
Dermatosen. Die Behandlung von — mit Quarzlichtbestrahlungen bei gleichzeitiger Einwirkung von 5% igem Arg.-nitr.-Spiritus 70%, Schindler 878.
— s. Röntgenbehandlung.
Dermographie. Über den Einfluß gewisser Medikamente auf orthostatische Tachykardie und, Kjelland 492.
Dermoide im Jugulum, Wendriner 921.
Desinfektion s. Karbol.
Desinfizienzien s. Antiseptika.
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 18. Jahresversammlung Berlin 986.
Deyke-Much s. Hauttuberkulose.
— s. Tuberkulose.
„Dhobie itsch" s. Trichophytie, ekzematoide der Extremitäten.
Diabetes s. Exanthem.
— insipidus s. Hypophyse.
— Syphilitischer, Cordier u. Dechaume 475.
Diathermie s. Perniones.
— s. Zungenkarzinom.
— und die Grenzen ihrer Wirksamkeit, Tobias 490.
Dijodyl s. Lues.
Diphtherie s. Nabeldiphtherie.
— und Vitiligo, Jolivet 475.
*— der Vulva bei Erwachsenen unter dem Bilde des Ulcus molle, Kromayer 770.
Diphtheriebazillus s. Hautulzeration.
Diphtherische Wundinfektion. Bericht über einen Ausbruch von — unter zurückgekehrten Soldaten, Fitzgerald und Robertson 897.
Diphtheritisch s. Geschwür.
Dopareaktion. Studien über Pigment mit der — speziell in Fällen von Vitiligo. Kissmeyer 1019.
Dosierung mit dem Fürstenauschen Intensimeter. Nebst Beiträgen zur Kenntnis der Konstanz der Röntgenröhren, Schrenz 877.
Druckgeschwür. Über das — am Fuß und seine Behandlung, Steiger 922.
Drüsenkrebs. Der, des harten Gaumens. Boenninghaus, Georg 933.
Drüsenpunktion s. Lues.
Drüsentuberkulose. Die Röntgenbehandlung der, Strauss 961.
— Über kombinierte Gold- und Strahlenbehandlung bei, Ulrichs 977.
Dunkelfärbung nachwachsender Haare. Über — bei Alopecia areata, Brechmeyer 935.
*Dunkelfeldbeleuchtung s. Mikroskopische Neuerungen.
Dystrophia adiposogenitalis, Hoffmann 554.
— papillaris et pigmentosa. Ihre Beziehungen zur Abdominaltuberkulose. Darier u. Périn 932.
Dystrophisch s. Hypothyreose.

Eigenextraktbehandlung bei Tbc., Wichmann 473.
Ekrasol, Schäfer 942.
— „Schürholz". Über —, ein neues Krätzemittel, Schäfer 942.
Ekthyma gangraenosum, mit zwei klinischen Beiträgen, Eitel 898.
Ekzem. Untersuchungen über das sogenannte Streichholzschachtel-, Strandberg 873.
— Wirkung des Teers, Sellei 516.
*— Zur Bäderbehandlung des, Kleinschmidt 950.
— s. Kochsalzklistiere.
Ekzema marginatum. Übertragung eines — auf den Ehegatten, Malherbe 815.
— verruco-callosum nodulare (Prurigo nodularis), Ahrens 825.
Ekzemtod, s. Übererregbarkeit.
Elefantiasis auf luetischer Basis der Genitalien, Schwank 852.
— Beitrag zur chirurgischen Behandlung der — mittels Handleys u. Kondoleons Methode, Czech 914.
— Beziehungen der Filarien zur, Fülleborn 449.
— Über — scroti beim Hunde, v. Deschwanden 914.

Digitized by Google

Elefantiastische Verdickung der Haut mit Lupus vulgar., Seedorf 474.
Endokrin s. Hautzustände.
— s. Tropismus.
Endokrine Syndrome s. Pemphigus.
Endolumbal s. Syphilis.
Endothelioma capitis s. Basalwellenepithelioma.
Enesol. Beitrag zum Studium der intramuskulären Einspritzungen von — auf die verschiedenen Lokalisationen der Gonokokken, Bouveyron 992.
— Über — als Injektionsmittel gegen Syphilis, Freund 1041.
Entzündungsbegriff. Über den — mit besonderer Berücksichtigung der trüben Schwellung u. der fettigen Degeneration, Hansemann 839.
Eosinophilie u. ihre Beziehung zu Hautkrankheiten, Svestka 853.
Eosin-Methylenblau. Eine neue Methode zur Lösung u. Verwendung von, Hollborn 820.
Epidermitiden. Verruköse, papulöse — an den Geschlechtsorganen bei Blennorrhoikern, Gougerot u. Clara 989.
Epidermiszysten s. Pemphigus.
Epidermolysis bullosa dystrophica (congenita), Meincke 900.
— — hereditaria, Brinitzer 470.
— — —, Bérczi 900.
— — — mit einem Beitrag zur Kasuistik der dystrophischen Form, Sperling 532.
Epididymitis blennorrhoischer Natur. Über einen Fall von eitriger, Montpellier u. Lebon 989.
Epikanthus. Zur Morphogenese des — und der Faltenbildungen der Haut in der Nasenwurzelgegend, Forster 487.
Epistaxis s. Angiome.
Epitheliom. Fall von oberflächlichem, Semon 755.
Epithelioma des rechten Nasenflügels mit metastatischen subkutanen Knötchen. Queyrat 932.
Erfrierungen, zur Behandlung der im Felde, Guttmann 514.
Ersatzschmieröle s. Hautkrankheiten.
Ersatzvaseline s. Hautkrankheiten.
Erysipel. Behandlung des — durch Einführung von Jodionen in die Haut, Beck 912.
— Beitrag zur Behandlung des, Broglı 533.
— Die Therapie des — mit Ichthyol. Eisler 854.
— Küsten- — Guatemalas, Fülleborn 449.
— Gangrän an Skrotum u. Penishaut nach — u. plastische Versorgung der Genitalien, Seemann 913.
— Laryngitis submucosa u., Imhofer 912.
— Über die Infektiosität des — während der Rekonvaleszenz, Nobel u. Zilcer 912.
Erythema centrifugum. Ledermann 611.
— exsudativum multiforme. Zur Frage des, Jordan 809.
— induratum, Hoffmann 977.
— infectiosum. Beitrag zur Klinik des, Coerper 894.
— nodosum. Fünf atypische Fälle von, Denecke 894.
— exsudativum multiforme im Anschluß an infektiöse Dermatosen, Herkenrath 894.
— serpens. Über einen Fall von — durch Beschäftigung mit Fischen, Pernet 793.
Erythemgruppe. Viszerale Störungen bei Patienten der, Christian 894.
Erythrodermia perstans maculosa, Gudemann 899.
Erythrodermie. Kongenitale ichthyosiforme, Brown 794.
— chron., exfoliat. univers., Heyn 474.
Erythromelalgia. Unechte —: Bemerkungen über nichtsyphilitische Arteriitis obliterans b. Juden, Weber 790.
*Erythromelalgie. Zur Frage der, Kunstmann 745.
Esophylaxie. Über eine nach innen gerichtete Schutzfunktion der Haut, nebst Bemerkungen über die Entstehung der Paralyse, Hoffmann 819.
Espundia. Bericht über Erfolge mit der intravenösen Injektion von Antimoniumtartarat bei einem Falle von — (nasooraler Leishmaniasis) u. drei Fällen von Kala-Azar, Cristopherson 535.
— im anglo-ägyptischen Sudan, Susu 534.
Exanthem bei kindlichem Diabetes, Bihlmeyer 841.
— s. Meningitis.
— s. Pneumokokkenerkrankungen.
Exanthema menstruale angioneuroticum. Über einen Fall, Helwig 497.
Exantheme. Hämorrhagische, Niedner 882.
— Scharlachartige bei Grippe, u. über Grippe-Krupp, Hainiss 594.
Exkoriationen, neurotische, Mac Kee 454.
— — mit Bericht von Fällen, Pusey u. Senear 454.
— s. Acne.
Exsudative Diathese s. Hautkapillaren.
Extragenital s. Primärsyphilide.

Farbenveränderungen s. Gasgangrän.
Favus. Fall von pityriasiformem — der Kopfhaut mit Nagelfavus, Fischer 977.
Fehldiagnosen s. Primärsyphilide.
Fernwirkung s. Oligodynamisch.
Fibrom des Zeigefingers, Queyrat 932.
Fibroma simplex, Savatard 1018.

Digitized by Google

Fieberzustände s. Syphilis.
Fleckfieber. Bemerkungen zur Arbeit von Löwy über, Weil 594.
— Experimentelle u. klin. Beiträge zum, Löwy 593.
— — Untersuchungen über Infektion u. Immunität bei, Doerr u. Schnabel 594.
— Blut- u. Liquorbefunde beim, Rothacker 957.
— Histol.-bakteriolog. Befunde bei. Nachweis der Rickettsia Prowazeki im Gefäßknötchen beim Menschen, Kuczynski u. Jaffé 597.
— Über die Bedeutung der Proteusbazillen beim, Schürer u. Wolff 959.
— Über histol.-bakteriolog. Befunde bei, Kuczynski 592.
— Zur Ätiologie des, Hoogenhuijze, van . 596.
— Zur Klinik des, Chiari 593.
— s. Liquor cerebrospinalis.
— s. Neuritis optica.
Fleckfieberblut s. Serologie.
Fleckfieberfall. Über einen, mit Typhusbazillen im Blut, Pütter u. van der Reis 592.
Fleckfieberkranke. Über ein besonderes Verhalten der Haut, Friedberger u. Reis 955.
Fleckfieberkranken. Serologische u. bakterielle Befunde bei, Sternberg 595.
Fleckfieber-Proteus-Bazillen (Weil u. Felix), Braun u. Salomon 596.
Fleckfieberschutzimpfung. Zur, Otto u. Rothacker 597.
— Beitrag zur — mit defibriniertem Blut, Zeiss 959.
Fleckfiebertherapie, Zlocisti 959.
Fleckfiebervirus. Das Verhalten des — im Organismus des Kaninchens, Doer u. Pick 958.
Fleckfieber s. Onychodystrophie.
— s. Typhus exanthematicus.
Folliculosis. Ein Fall von — decalvans u. Lichen spinulosus, Beatty 791.
Fontansche Methode s. Bubo.
„Fox-Fordyces-Krankheit". Zwei Fälle von, Rasch u. Kissmeyer 832.
Frauenbart. Die Entwicklung u. der heutige Stand der Röntgenbehandlung des, Meyer 835.
— s. Röntgenbehandlung.
Frauenlazarett. Zur Behandlung geschlechtskranker Frauen in einem, Silberstein 781.
Freiluft- s. Sonnenbehandlung.
Friedmanns Tuberkulosemittel, Wichmann 472.
Frostbeulen. Behandlung der — mit Ichthyol, Langer 895.
Frostbeulen. Über, Fearnsides 790.
Frühdiagnose s. Lues.
Frühheilung s. Syphilis.
Frühtod s. Verbrennungen.
Furunkel. Zur Therapie des — und der Furunkulose, Švestka 853.
— u. Karbunkel. Die Behandlung der — in den letzten 10 Jahren an der Chirurgischen Klinik zu Greifswald, Jenrich 902.
Furunkulose. Die Behandlung von — u. anderen tiefliegenden kokkogenen Infektionen mit Mangankolloid, Morris 532.
— und Behandlung mit radioaktiven starken Schwefelbädern in Bad Neundorf, Werler 901.
— Thigenol im Kampfe gegen die, Kuhn 901.
— Zur Vakzinebehandlung der, Jäger 902.
Furunkulosebehandlung. Zur — insbesondere das Auflösen der Haare zur Rezidivverhütung, Weigert 902.
Fusospirillär s. Pseudoschanker.

Gangosa (Rhinopharyngitis mutilans), Fülleborn 449.
Gangrän. Bemerkungen über einige Fälle von — der Penishaut, Bloch u. Schulmann 953.
Gangränöse Zystitis s. Zystitis.
Gasbazilleninfektion. Zur Therapie der, Vogt 916.
Gasbrand. Die Differentialdiagnose des. Stemmler 915.
Gasbrandödem. Strittige Fragen bei dem toxischen, Haberland 915.
Gasgangrän. Die an der Haut u. d. Muskeln auftretenden Farbenveränderungen bei. Wallace 533.
Gasinfektion u. ihre Prophylaxe, v. Remmets 914.
Gasödem. Bericht über 100 Fälle von, Wolfsohn 915.
— Zur Therapie des — u. der Sepsis, Haucken 914.
Gasphlegmone. Ein Fall von tödlich verlaufener — nach Koffeininjektion, Schranz 916.
Gaumen, harter, s. Drüsenkrebs.
Gaumenmandel s. Sarkom.
Gefäße. Über die Durchlässigkeit der, Bauer u. Aschner 837.
Gelargin s. Gonorrhoetherapie.
Genitalulzeration. Phagedänische — auf Grund fusospirillärer Symbiose, Meurisse 991.
*Geschlechtskrankheiten. Bemerkungen über die Bekämpfung der — in Konstantinopel, Abimelech 869.
— Die soziale Bedeutung und die Bekämpfung der, Finger 817.

Digitized by Google

*Geschlechtskrankheiten. Geschichtlicher Beitrag zur antitoxischen Therapie der, Zeiss 973.
— im Kindesalter. Prognose und Therapie der, Stümpke 455.
— in deutschen Großstädten, Busch 457.
— s. Hautkrankheiten.
— s. Licht.
Geschlechts- s. venerische Krankheiten.
— - u. Hautkrankheiten. Überempfindlichkeit u. Immunität bei, Finger 840.
Geschlechtslebeu, Schule und Elternhaus, Meirowsky 817.
Geschlechtsmerkmale s. Hypogenitalismus.
Geschwulstbildungen. Zur Kasuistik seltener, Mathias 935.
Geschwülste. Über die bei Arbeitern chemischer Betriebe beobachteten — des Harnapparates u. deren Beziehungen zur allgemeinen Geschwulstpathogenese, Oppenheimer 876.
— s. Harnblase.
Geschwulstpathogenese s. Geschwülste.
Geschwür. Diphtheritisches, Rolleston 792.
Geschwüre. Zur Behandlung torpider, Dürig 856.
Gesicht s. Morphaea.
Gesichtshaut. Über Unterpolsterung der, Eitner 880.
Gesichtsnarben. Über den Wert der Ionisierung zur Behandlung gewisser Arten von, Carter u. Shefford 491.
Gewerbeekzem. Über ein — durch Gebrauch von Kalkstickstoffdünger, Memmesheimer 876.
Gewerbehygienische Studien. Über Ölschäden in Gewerbebetrieben, Weichardt u. Apitzsch 875.
Gewerblich s. Tetryl.
Glossitis. Möllersche, Hoffmann 977.
Glyzinal. Ein neues Glyzerinersatzmittel, Herxheimer u. Nathan 490.
Goldbehandlung s. Drüsentuberkulose.
Gonokokken. Ein neues Kulturmittel für, Thompson 762.
— s. Enesol.
Gonokokkeninfektion s. Papillom.
— s. Zystitis.
Gonokokkennachweis. Wiederholter — bei einer Frau ohne Krankheitserscheinungen, Bucura 762.
Gonokokkenotitis bei Säuglingen, Putzig, H. 776.
Gonokokkenvakzine. Ein Beitrag zur Behandlung schlecht heilender Geschwüre mit, Luithlen, F. 778.
— sensibilisierte s. Arthritis, blennorrhoische.
Gonokokkus. Ein Fall von allgemeiner, wahrscheinlich ererbter Infektion des Blutes mit dem, Nordström u. Wassén 873.
*Gonorrhoe. Über spezifische Behandlung und Diagnose der, Bruck 602.
— männl. s. Argoflavin.
*Gonorrhoeheilung. Zur Frage der, Leven 585.
Gonorrhoetherapie. Über die Anwendbarkeit des Gelargins in der, Engleson 810.
Granulom. Das venerische, Hoffmann 917.
— ulzerierendes der Schamgegend, Goodmann 453.
— Venerisches, Mayer 450.
— s. Lymphadenom.
Granuloma annulare. Fall von, Davis 755.
— — mit zerstreuten Läsionen. Behandlung mit Tuberkulin, Hudelo, Civatte u. Rabut 931.
— — Ringeruption des Fingers — von außergewöhnlich langer Dauer, Sequeira 755.
— venereum. Fall von, Cuthbert 755.
— — Drei mit Tartarus emeticus behandelte Fälle von, Bonne 534.
Grenzfragen. Urologische, Stutzin 451.
Grippe-Krupp s. Exantheme, scharlachartige.
— s. Haarausfall.
Grouven 842.
Guajakol-Vasogen s. Impermeable Verbände.
Guarnierische Körperchen. Über die Herkunft der, Hammerschmidt 957.
— — Zur Färbung der, Böing 957.
*Guyon, Felix †, Posner 807.

Haarausfall. Über, v. Zumbusch 935.
— nach Blitzeinwirkung, Ashby 557.
— — Influenza, Beck 935.
Haarausfalls. Zur Pathogenese des — nach Grippe, Pulay 936.
Haarkleid. Das — des Kindes, Bethcke 820.
Haarnävus. Ein ungewöhnlicher Fall von ausgedehntem pigmentierten, Pernet 792.
Haarschwunds. Des — Ursache u. Behandlung, Jessner, S. 936.
Hämangioendotheliom der Volarhaut, Pröll 921.
Hämatidrosis. Ein Fall von, Scott 497.
Haematodermitis pruriginosa. Über zwei Fälle von — wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs, Leredde 953.
Hämatologie der Variola u. Vakzine. Untersuchungen über, Schatzmann 595.
Hämophilie. Einige kritische Bemerkungen zu den Klingerschen Studien über, Fonio 892.
Hämorrhagische Diathesen. Über Ätiologie u. patholog. Anatomie der, Munter 892.

Digitized by Google

Hämorrhagischen Diathese. Zur Pathologie der, Kirsch 891.
— Diathesen. Zur Entstehung der, Klinger 892.
Hämorrhagisch s. Exantheme.
Hämorrhoidalkrankheit. Über die — u. ihre Behandlung mit „Recto-Serol-Merz", Heise 892.
Händedesinfektion u. Händereinigung in ihrer Bedeutung zur Verhütung von Krankheitsübertragungen, Landau 496.
— s. Dakinsche Lösung.
Halbseitenlähmung s. Typhus exanthematicus.
Harnapparat s. Geschwülste.
Harnblase. Über zwei Fälle ungewöhnlicher zystischer Geschwülste der —, ihre Operation u. Heilung, Rothschild 800.
Harnröhre. Vorlesungen über Erkrankungen der — beim Manne, Kidd 800.
— s. Schanker.
Haut. Hyperplastische u. hypersekretorische Zustände der, Holzknecht 877.
— Sterilisierung der — u. anderer Oberflächen durch eine Mischung von Kristallviolett und Brillantgrün, Bonney u. Browning 491.
— - u. syphilitische Erkrankungen. Klinischer Lehrstuhl der — (Hospital Saint Louis), Eröffnungsvorlesung, Jeanselme 987.
— s. Gesichtshaut.
— s. Leukozythämie.
— s. Lichtschädigungen.
— s. Pigmentbildung.
— s. Sonnenlicht.
— s. Tumoren.
Hautaffektionen s. Spray.
Hautausschläge s. Scharlachähnliche.
Hautdesinfektion. Experimenteller Beitrag zur Frage der, Landau 880.
Hautflechten (Pityriasis rosea u. Trichophytie). Zwei Anmerkungen zur Behandlung von, Fried 939.
Hautinfiltration, myeloide. Über — bei chronischer, myeloider Leukämie, Saphir u. Seyderhelm 934.
Hautjucken. Epidemisch auftretendes — bei Asiaten, Dubreuilh 474.
— Ursache des, Bähr 881.
Haut- u. Geschlechtskrankheiten. Die militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens und der militärischen Versorgung bei, Touton 819.
— — — Über die Berücksichtigung der — beim Zwangsfamulieren, Hoffmann 833.
Hautkapillaren. Beobachtungen an den — bei Rindern mit exsudativer Diathese, Holland u. Meyer 837.
Hautkrankheiten. Hazen 856.
Hautkrankheiten, Sutton 854.
— Die Behandlung von — mit Terpentinöl (nach Klingmüller), Meyer 490.
— Die — nach Ersatzschmierölen u. Ersatzvaseline, Goldschmidt 875.
— mit Beteiligung der Augen, Weidler 489.
— Über einige Typen von im Lagerleben beobachteten Simulationen von, Guizzetti 875.
— Über jahreszeitliche Schwankungen von, Bettmann 842.
— u. deren Behandlung unter den Kriegsverhältnissen, Mc Cormac 793.
*— Zur Technik der Terpentinbehandlung von, Appel 911.
— s. Impftherapie.
— s. Oxydationstheorie.
— s. Vakzinen.
Hautkrebs s. Sklerodermie.
Hautmaulwurf, Fülleborn 449.
Hautmilzbrand. Über — Hannig 916.
Hautödeme. Die Punktionsbehandlung der —, Velden, von der 893.
Hautstudien. Mikroskopische — am Menschen, Schur 838.
Hauttuberkulose. Die Anwendung der Deycke-Muchschen Titrierung n. Immuntherapie bei, Spitzer 961.
— Ein Fall von —, auf Tätowierung folgend, Dove 794.
— im höheren Alter, Bollag 978.
— Tuberkulomuzin bei — u. Tuberkuliden, Saphier 961.
Hautulzeration. Ein Fall von rekurrierender durch einen Diphtheriebazillus verursachter, Barber u. Knott 1018.
Hautveränderungen. Eine klinische Studie einiger pyogener, in Frankreich beobachteter, Brown 793.
— bei Nephritis usw. Herxheimer u. Roscher 489.
— s. Lymphadenoma.
Hautxanthomatose. Über einen Fall von weitverbreiteter — bei hochgradiger diabetischer Lipämie, Schwalb 921.
Hautzustände endokriner Voraussetzung u. ihre organotherapeutische Beeinflussung, Nobl 917.
Heilimpfung. Über den gegenwärtigen Stand der, Adamson 796.
Heilsera s. Anaphylaxie.
Herdförmig s. Segmentnävi.
Heredospezifität s. Pemphigus.
Herpes zoster. Die Ansteckungsfähigkeit des, Bacmeister 895.
— — deren Ursache und Beziehung zu Varizella, Low 514.
— — und Arsenik. Über den Zusammenhang zwischen, Carlill 514.
— — Universeller, Pernet 789.

Digitized by Google

Herpes zoster und Varizella, Gray 514.
— — Zwei Fälle von — verbunden mit einer allgemeinen Eruption von varizellenähnlichen Flecken; einer der Fälle gefolgt von Parese des Okulomotorius, Mydriasis u. Anästhesie der Stirn, Weber 792.
— — und Varizellen, Zusammentreffen von, Dorones 514.
— s. Menstruationsherpes.
Herz s. Gummosis.
Heterosexuell s. Hypogenitalismus.
Hodenabszeß. Zwei Fälle von — durch Infektion mit Bacillus coli, Nash 801.
Hodgkinschen Krankheit. Die Hauterscheinungen der —. Lymphogranulamatosis, Cole 934.
Hodgkinsche Krankheit s. Pruritus.
Hongkongfuß. Über die Ursache des sogenannten, Dold 576.
Horngebilde (Haare, Nägel, Epidermis). Beeinflussung des Wachstums der — durch spezifische Ernährung, Zuntz 936.
Humanols. Über die Verwendungsmöglichkeiten des — in der Chirurgie, Loeffler 858.
Hydronephrozystanastomose, Schloffer 1020.
Hygiene. Kurzes Repetitorium der, Mahler 454.
Hyperhidosis. Die Bekämpfung von zirkumskripter, Stillians 497.
— localis. Die Röntgenbehandlung der — mit harten Strahlen, Meyer 495.
Hyperidrosis. Zur Therapie der, Többen 881.
Hyperkeratose s. Arsenmelanose.
Hyperkeratotisch s. Nävus.
Hyperplastisch s. Haut.
Hypersekretorisch s. Haut.
Hypogenitalismus. Das Auftreten äußerer heterosexueller Geschlechtsmerkmale bei, Alexander 818.
Hypoovarismus, Dercumscher Symptomenkomplex durch syphilitischen, Fournier 988.
Hypophyse u. Diabetes insipidus, Hirsch 842.
Hypospadieoperation. Über die Aussicht der Appendixüberpflanzung bei der, Axhausen 801.
Hypothyreose. Klinischer Beitrag betreffend die Beziehung von — zu dystrophischen Veränderungen der Haut, Fischl 832.

Ichthyol s. Erysipel.
Ichthyosiform s. Erythrodermie.
Ichthyosis s. Pigmentation.
Idiosynkrasie s. Röntgenstrahlen.
Ikterus s. Novarsenobillon.
Impermeable (Prießnitz-)Verbände mit Guajakol-Vasogen, Westerberg 939.
Impetigo. Primäre u. sekundäre bei Soldaten, Mac Cormac 516.
— herpetiformis. Zur Kenntnis des, Guttfeld 901.
— — Über einen — ähnlichen Fall, Gruchalla-Wesierski 901.
Impferkrankung. Über — des Auges, Traumann 593.
Impfschutz. Die Dauer des, Böing 956.
Impftherapie bei Hautkrankheiten. Whitfield 796, Sequeira u. Western 796.
Immunität s. Transplantationsbestrebungen.
Immunitätsvorgänge. Zur Kenntnis der — bei der Trichophytie des Menschen, Nathan 439.
Immunkörper s. Syphilis.
Immuntherapie s. Hauttuberkulose.
Inanitionsödeme. Untersuchungen über, Hülse 513.
Induration des Penis s. Syphilome.
Influenza s. Haarausfall.
Influenzapneumonie s. Striae.
Initialexanthem s. Syphilis.
Injektion. Zur Technik der intravenösen, Kache 493.
Inkontinenz. Zur Behandlung der weiblichen, Praetorius 1020.
Innere Sekretion s. Sklerodermie.
Integument. Notiz über das — von Balistes. Rauther 820.
Intensimeter s. Dosierung.
Intertrigo, mykotische. Diagnose und Behandlung. Sabouraud, R. 558.
Intrakutanreaktion s. Tuberkulöse.
Intraurethral s. Primärsyphilid.
Intravenöse Injektion undurchsichtiger Flüssigkeiten, Heyl 860.
— — Besteck zur — undurchsichtiger Lösungen, Stühmer 860.
— — undurchsichtiger Flüssigkeiten, Hoffmann 860.

Jones s. Zerebrospinalflüssigkeit.
Jodionen s. Erysipel.
Jodkur s. Alival.
Jodmedikation mit freiem kolloidalen Jod, Fèvre 859.
Jododermatuberosum, Tiefenbrunner 833.
— — Ein Fall von, Bernhardt 862.
Jodtherapie. Neues zur — u. Bromtherapie, Bornstein 493.
Jodtinktur s. Varizellen.

Kakodylsaures Natron s. Lichen ruber acuminatus.
Kala-Azar s. Espundia.
Kaliumpermanganat s. Variolabehandlung.
Kalomelexanthem. Ein Fall von, Hassmann 1042.

Digitized by Google

Kalzan bei Hautkrankheiten, Gehrmann 813.
Kampferöltumoren, Mook u. Wander 454.
Kapillarsystem. Zur Funktion und Beeinflußbarkeit des, Löwy 820.
Karbol. Über Abkömmlinge des — als Mittel zur äußeren Desinfektion, Friedenthal 881.
Karzinom auf einem Spätsyphilid, Buschke 611.
Karzinoms der Brust. Entwicklung des, Syms 934.
Kaseosanbehandlung, Taege 862.
Keimträger s. Krätze.
Keloide. Zur Genese und Therapie der, Freund 920.
Keratoderma. Ein ungewöhnlich ausgebreiteter Fall von symmetrischem, Vilvaudré 795.
Keratodermia blennorrhagica. Ein Fall von — bei einer Frau, Isaak 1020.
— — Ist sie eine Art von Psoriasis. Adamson 1019.
— punctata, Chalmers u. Kamar 518.
Keratodermie, blennorrhoische s. Arthritis blennorrhoica.
Keratose, blennorrhoische. Ein Fall von, Brown u. Davidson 777.
Keratosis. Ein Fall von blennorrhoischer, Brown u. Hargreaves 793.
— durch Sonnenlicht und Hautkrebs, Mac Coy 453.
— Punktförmige — der Hände und Fußsohlen; zwei Fälle bei Verwandtschaftsehe vorkommend, Adamson 795.
Kerion Celsi s. Trichophytie.
Kharsioan und Neokharsioan bei nicht syphilitischen Erkrankungen. Die therapeutische Wirkung von, Taylor 490.
Kiemengangzysten. Gutartige, Darier u. Hallé 474.
Kleiderlaus s. Kopflaus.
Kochsalzklistiere zur Behandlung von Ekzem, Spurgin 517.
Kochsalzlösung. Sterile, dauernd haltbare, Taege 860.
Kochsalzchlorkalziumlösung s. Tripper.
Kohlenlicht s. Quarzlicht.
Kohlensäureschnee s. Leukoplakie.
Kohlenteer. Einige neue Erfahrungen mit reinem, Semon 793.
Kollargolbehandlung s. Vulvovaginitis.
Kollargol s. Blennorrhoe.
Kolloidchemisch s. Liquor.
Kolloide. Die Wirkung u. Rolle der — in der Chemotherapie, Mac Donagh 793.
— s. Syphilis.
Kolloidpräparate. Die therapeutische Wirkung von, Morris 491.
Komplement s. Syphilis.
Kongenital s. Lues.
Kongresse. Geschriebene 992.
Kopfläusemittel s. Nitrobenzol.
Kopflaus-Kleiderlausfrage. Zur, Sikora 941.
Kopra- (Kokos-) Nuß s. Dermatitis.
Körperlaus. Eine historische Note über die Nissen der, Pernet 795.
Körpertemperatur. Über den Einfluß heißer Vollbäder im allgemeinen und auf die Blennorrhoe im besonderen, Mönch 778.
Krankheit und Diagnose, Head 489.
Krappanwendung. Geschichtlich-physiologische Grundlagen zur Wiederbelebung der, Bauer 811.
Krappwirkung. Veränderungen des menschlichen Harns unter, Bauer 811.
Krätze. Behandlung von — mittels Chlorgas, Clark u. Raper 576.
— Die gegenwärtige Behandlung der, Bory 942.
— Tödliche Vergiftung nach Behandlung der kindlichen — mit β-Naphthol nebst Ausführungen über das Wesen der Naphtholvergiftungen, Bürger 490.
— Über die Ansteckungsfähigkeit der. Die gegen die Krätze Refraktären. Die „Keimträger", Gougerot 953.
— s. Skabies.
Krätzeheilmittel s. Ekrasol.
Krätzeschnellkuren. Das erste Jahr des Bestandes der Anstalt für — im Wilhelminenspital, Oppenheim 941.
— Die Anstalt für — im Wilhelminenspital in Wien, Schönbauer 942.
Krebs der Bowenschen Dermatose, Darier 475.
— der Haut. Dermatosen als Vorläufer des: der weitere Verlauf zweier schon früher berichteter Fälle, Bowen 453.
— — Keratosis durch Sonnenlicht und. Mac Coy 453.
— Die Weltsterblichkeit an, Hoffmann 458.
Krebsentwicklung. Ein Beitrag über die Entwicklung am Unterschenkel nach Verletzung, Walz 556.
Kriegsmelanose. Einige Fälle von, Krämer 917.
Kriegsverhältnisse s. Hautkrankheiten.
Kuhpocken, allgemeine. Über ein Fall von — mit tödlichem Ausgange, Anders 596.
— Bemerkungen zu der Arbeit von Anders: Über einen Fall von allgemeinen — mit tödlichem Ausgang, Gins 956.
— Über einige Fälle von Übertragung echter — auf Menschen, Meder 955.
Kupfersulfat in der Therapie, Hézain 491.

Lakunen s. Urethritis, chronische (Powell).
Laneps. Pharmakologische und klinische Untersuchungen über, Hessler 857.

Digitized by Google

*Lanz, A. †, Jordan 531.
Laryngitis s. Erysipel.
Larynxstenose durch Pemphigus, Marschik 901.
Leber in ihrer Bedeutung für den Blutabbau, Milz und, Schmidt 489.
Leberatrophie. Akute gelbe — bei Syphilis, Raw 616.
Leiomyome. Multiple, Arndt 554.
Leishmaniasis s. Espundia.
Leishmaniosis. Versuche zur Übertragung der — durch den Floh, Silva 916.
*Leistenhoden. Zur operativen Behandlung des, Glass 928.
Lepra. Statistische Studie über — auf den Philippinen an 10000 in der Culion-Leprakolonie isolierten Fällen, Denney 597.
— Über die Verbreitung u. Bekämpfung der — in den baltischen Provinzen, Hillenberg 960.
Leprakolonie an den Grenzen von Abessinien, Innes 794.
Leprösen. Über den vermeintlichen — auf dem Polyptychon des Meisters Grünewald im Museum zu Colmar, Thibierge 814.
Lepromen. Zweifelhafter Fall von — oder Xanthomen oder wahrscheinlich „Sarcomatosis Kaposi“ Eliascheff 613.
Leuchtsondenbehandlung der weiblichen Blennorrhoe. Über die, Franz 779.
Leukämie, myeloide, s. Hautinfiltration.
Leukocythämie. Ein Fall von — der Haut, Shaw u. Loughlin 793.
Leukonychia. Heredofamiliäre und multiple Atherombildung der Kopfhaut, Bauer 557.
Leukoplakie. Beseitigung einer — der Wangenschleimhaut durch eine einzige Behandlung mit Kohlensäureschnee, Ravaut et Gallerand 814.
Lichen albus. Ein Beitrag zur Diagnose des, Schmedding 834.
Lichen planus. Klinische Studie über, Culver 453.
— — Röntgenbehandlung bei, de Silva 517.
— — Drei Fälle von — bei Kindern, Adamson 797.
— — Little 1018.
— ruber acuminatus. Insbesondere über einen durch kakodylsaures Natron geheilten Krankheitsfall, Kriester 900.
— — planus. Zwei Fälle von — geheilt in Bad Poděbrad, Vondrovie 853.
— spinulosus s. Folliculosis.
„Lichen trichophyticus“. Über — oder „lichenoide Trichophytie“, Toehl 900.
Lichenoid s. Trichophytie.
Lichtes. Biochemische Wirkungen des, Schanz 496.
— Die Heilwirkung des — auf Geschlechtskrankheiten, Breiger 855.
Lichtbehandlung s. Lupus.
— s. Vitiligo.
*Lichtquellen s. mikroskopische Neuerungen.
Lichtschädigungen. Zur Kenntnis solarer — der Haut, Nobl 879.
Linear s. Nävus.
Lipämie s. Hautxanthomatose.
Lipoide s. Prostata.
— in ihrer Bedeutung als akzessorische Nährstoffe, Stepp 838.
Liquor s. Spirochätenbefunde.
— carbonis detergens. Über, Herxheimer u. Altmann 856.
Liquorbefund s. Tabes.
Liquorsystem s. Lumbalanästhesie.
Livedo reticularis, Adamson 792.
Lues s. Augenerkrankungen.
— s. Dermatologische Ratschläge.
— s. Spirochätenbefunde.
— s. Syphilis.
Luetisch s. Defektbildungen.
Lumbalanästhesie. Zur Ursache unangenehmer Nebenerscheinungen der —, zugleich ein Beitrag zur Funktionsprüfung des Liquorsystems, Baruch 842.
Lupus, Wichmann 470.
— Zur Lichtbehandlung des —, besonders über das Verfahren nach Bessunger, Gerson 878.
— erythematodes, Arning 449.
— — Knochenneubildung bei, Trimble 454.
— — acutus universalis, Arndt 611.
— erythematosus plantaris. Fall von, Parin u. Périn 613.
— — Fall von hämorrhagischem, Sequeira 755.
— — Ein Fall von akutem, Barber 791.
— — Eine einfache Behandlungsmethode, Small 796.
— — Ein Fall von —, verbunden mit Streptokokkeninfektion der Tonsillen, Barber 797.
— — Zur Therapie des, Axmann 933.
— pernio, Arning 449.
— vulgaris der Wange, Hoppenstedt 611.
— — Radiumbehandlung des, Haslund 792.
— — Eine neue Behandlungsmethode des, Freund 962.
*Lupusbehandlung. Über moderne kombinierte, Stümpke 803.
Lupusbekämpfung. Beiträge zur Frage der, Arnold 960.
Lupusfürsorge. Ein Vorschlag zur, Salomon 962.
— im Schulalter, Axmann 962.

Digitized by Google

Lupusheilstätte, Hamburger. Bilder aus der, v. d. Porten 472.
Lymphadenoma mit Hautveränderungen, Sibley 790.
— Ein Fall von — mit Hautveränderungen, Corbett 793.
Lymphadenom des Mundes und Wurzelspitzengranulom, Nanta 814.
Lymphangiom. Fall von, Bruhns 976.
Lymphangioma s. Naevus haemolymphaticus.
Lymphdrüse. Retropharyngeale — bei Sklerose der Unterlippe, Gottron 474.
*Lymphdrüsenschwellung, retropharyngeale. Über zwei Fälle von primärer und sekundärer Lues mit, Gottron 769.
Lymphozytäres Gewebe. Atypische Proliferation des — mit Lokalisation in der Haut, Arndt 611.
Lymphozytose s. Zerebrospinalflüssigkeit.
Lymphogranuloma tuberculosum, Weinberg 978.
Lymphogranulomatosis s. Pruritus.
— s. Hodgkinsche Krankheit.

Magenchemismus. Die Veränderungen des — bei Rosacea cum Acne u. Acne varioliformis, Dümichen 898.
Maresan u. Zellulartherapie, Vieth, P. 859.
Manikürinfektionen, Körbel 876.
Masern s. Scharlach.
Mea Jodina s. Dakinsche Lösung.
Medikation. Die Bedeutung der internen — bei einigen Dermatosen, Ravaut, P. 861.
Melanin s. Melanosarkomatose.
Melanome. Ein Beitrag zur epithelialen Genese der malignen — der Haut, Miescher 919.
Melanosarkom der Augenlider, Rosenmayer 556.
Melanosarkome, s. Chromatophorome 935.
Melanosarkomatose. Über diffuse Pigmentierung mit Melanin bei allgemeiner, Matsunaga 919.
Melanose s. Kriegsmelanose.
Melanotisch s. Tumoren.
Melanotische Gewächse. Zur vergleichenden Pathologie der, Lubarsch 839.
Meningitis cerebrospinalis epidemica. Über das Exanthem bei der, Schultz 955.
Menschenzucht, Risch 815.
Menstruation. Hautveränderungen während der —, mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von Urtikaria, Heinrich, Richard 893.
Menstruationsherpes, Rinsemann 873.
Merkuriell s. Syphilis.
Methylenblausilber (Argochrom) als Antiblennorrhoikum beim Weibe, Bab 798.
*Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen. I. Lichtquellen, besonders für Dunkelfeldbeleuchtung, Oelze 1023.
Mikrosporieepidemie. Über die — in Luzern, Winkler 940.
— Eine — mit eigenartigem Verhalten in Hannover, Klehmet 940.
Mikrosporon tinea. Ein Fall von — des behaarten Kopfes bei einem Erwachsenen, Oliver 790.
Milchinjektionen s. Syphilis.
— Über subkutane — in der Nachbarschaft blennorrhoischer Krankheitsherde, Weiss 778.
Milchinjektionswirkung. Weitere Mitteilungen zur Kenntnis der, Müller 855.
Milz und Leber in ihrer Bedeutung für den Blutabbau, Schmidt 489.
Milzbrand s. Hautmilzbrand.
Mineralwässer. Die natürlichen — mit Jodersatz in bezug auf ihre antiseptischen und zytophylaktischen Eigenschaften, Billard 491.
Mißbildungen. Ein Beitrag zu den — des Gesichts, Zacherl 921.
Mitralinsuffizienz und Raynaudsche Krankheit, Chalier 489.
Modenol. Über, Lekisch 762.
Molluscum contagiosum. Über, Macleod 790.
Mongolenfleck. Kurzer Beitrag zur Kenntnis des, Fischer u. Yü 537.
— Einiges über den, Fischer 537.
Monilia-candida-Infektion des Mundes, Engmann u. Weiss 453.
Morbus maculosus Werlhofii. Über die Beteiligung der Zunge bei, Stüdemann 892.
Morphaea guttata, Bunch 790.
— des Gesichts, O'Donovan 791.
— -Sklerodermia der Haut über den Schienbeinen, verbunden mit Osteitis deformans, Pernet 793.
Mucinös, s. Bindegewebsdegeneration.
Multiple Thrombosen in den Unterschenkelvenen mit Entwicklung von tuberkulösem Gewebe, Wichmann 470.
Mundhöhlenkrebs. Weitere Erfahrungen in der Radiumbestrahlung des, Sticker 495.
Mundspirochäten s. Spir. trimerodonta.
Muskelzellen, in den perforierenden Bündeln der Haut bei Rana, sind sie ektodermalen Ursprungs, Schmidt 478.
Mycetoma (Madurafuß), Mayer 450.
— pedis, Semon 791.
Mycosis fungoides d'emblée, Schaar 556.
— — Fall von, Little 755.

Digitized by Google

Mycosis fungoides. Ein Fall von raschverlaufender, Weber 794.
— — Über einen Fall von, Eltz, von 934.

Nabel s. Adenom.
Nabeldiphtherie. Zur — des Neugeborenen, Henkel 898.
Naphtholvergiftungen. Tödliche Vergiftung nach Behandlung der kindlichen Krätze mit β-Naphthol nebst Ausführungen über das Wesen der, Bürger 490.
Nasenerkrankung. Über den Zusammenhang innerer und äußerer, Albanus 471.
Nävokarzinom der Nabelgegend, Buschke 473.
Naevus. Ein Fall von hyperkeratotischem linearem — mit einigen Bemerkungen über dessen mikroskopische Striktur, Darier u. Semon 795.
— haemolymphaticus in ulzeröses Lymphangiom umgewandelt, Milian 931.
— Tierfell- — und etwa 600 kleine Naevi pigmentosi, Heller 976.
— Kongenitaler, einseitiger — von der Struktur eines Angiokeratoms mit lokalisierten hyperkeratotischen Auswüchsen auf kongenitaler teleangiektatischer Basis, Weber 794.
— pigmentosus, Buschke 611.
— s. Haarnaevus.
— s. Riesennaevus.
— s. Riesenwuchs.
Nagelplatten. Defekt fast sämtlicher, Kren, O. 936.
Narbengewebe s. Pepsin-Salzsäure.
Narbengeschwüre. Zur Behandlung schlecht heilender, Pürkhauer 933.
Narbenkarzinome. Beitrag zur Kenntnis der, Hofius 934.
Nasenrotz. Erfolgreiche Behandlung eines Falles von chronischem — mittels Autovakzine, Fischer 917.
Nebennieren' und tödliche oberflächliche Verbrennungen, Weiskotten 895.
Nekrolog James Clarke White Morris 792.
— Thomas Colcott Fox 792.
— William Allan Jamieson 792.
— Albert Neisser 793.
Neokharsioan s. Kharsioan.
Nephritis. Hautveränderungen bei usw., Herxheimer u. Roscher 489.
Nephrose. Zur Frage der, Fahr 816.
Neuritis optica als Spätsymptom bei Fleckfieber, Arnold 594.
Neurosen s. Sklerodermie.
— s. Vasomotorisch.
Neurotisch s. Akne.
Niere. Diagnose u. Operation einer überzähligen pyonephrotischen, Israel 816.
— s. Salvarsanbehandlung.
Nierenbecken. Doppelte, Wossidlo 811.
Nierenerkrankungen, Nierenverletzungen, chirurgische — u. ihre Begutachtung bei Soldaten, Kümmel 802.
Nierenverletzungen s. Nierenerkrankungen.
Nikolau 882.
Nikotinvergiftung s. Syphilis.
Nirvanol. Nebenwirkungen des, Rosenthal 874.
— Über Erfahrungen mit, Katzenstein 874.
Nirvanolexanthem u. Serumexanthem, Vögele 495.
Nirvanolvergiftung. Über, Jakob 874.
Nitrobenzolvergiftung durch Einatmung eines Läusemittels, Bohland 861.
— Zwei Fälle von — durch Kopfläusemittel, Wolpe 861.
Nodositas juseta-articularis, Mayer 450.
Novarsenobenzol; seröse Apoplexie; Adrenalin, Milian 989.
Novarsenobillon. Der relative Wert der intravenösen u. der intramuskulären Injektionen von, Leonard 759.

Ödem. Regionäres — der Haut bei Abdominalerkrankungen, Hans 891.
Ödeme. Starke — auf chlorurämischer Basis ohne Nephritis, Labbé u. Marcorelles 498.
Ödemkrankheit. Beiträge zur Symptomatologie, Hatiegan 513.
— Allgemeine Atrophie, — u. Ruhr, Prym 915.
Ölschäden s. Gewerbehygienisch.
Ohrenheilkunde s. Quarzlicht.
Oligodynamisch wirkende Substanzen, neue Beobachtung über die Fernwirkung der, Saxl.
Onychodystrophie. Über — nach Fleckfieber, Grossfeld 957.
Ophthalmoblennorrhoen. Abortive Chemotherapie akuter, Luithlen 799.
Opsoninbestimmung. Die Methode des dicken Tropfens in Anwendung auf die, Frosch 836.
Organotherapeutisch s. Hautzustände.
Organotherapie s. Lues congenita.
Orientbeule, Mayer 450.
— Über einen Fall von —, zugleich ein Beitrag zur Histologie derselben, Felke 834.
Ormizet. Über die Verwendung von — in der Wundbehandlung, Freund 897.
Osteitis deformans s. Morphaea-Sklerodermia.
Osteomalazie s. Pemphigus.
Oxydationsfermente. Über den Nachweis pigmentbildender — im Hautbrei, Ducrey 478.
Oxydations- u. Reduktionstheorie. Behand-

Digitized by Google

lung einiger Hautkrankheiten, begründet auf der, Mc Donagh 794.
Oxyuren s. Urticaria papulosa infantum.

Pagetscher Krankheit. Ein Fall von extramammärer — in der Achselhöhle, verbunden mit Condylomata acuminata an den äußeren Genitalien 1018.
Panaritiumbehandlung. Die Entwicklung der — mit Einschluß eines neuen Verfahrens beim subkutanen Panaritium, Riesenfeld 913.
Papillom am Nabel durch Gonokokkeninfektion, Anwyl, T. 777.
— an der Wangenschleimhaut. Ein Fall von, Levy-Bing u. Gerbay 993.
Papillomatosis cutis maligna, Fantl 834.
Paraffin s. Verbrennungen.
— Schweres Krankheitsbild nach Injektionen mit unreinem, Müller 493.
*Paraffinkrebs. Über, Küntzel 499.
*— — (Schluß), Küntzel 525.
Paraphanylendiamendermatitis, Bunch 791.
Parapsoriasis guttata Brocq, Delbanco 449.
Parasitär s. Pyodermie.
Partialantigene s. Tuberkulose.
— bei Tbc., Wichmann 473.
Pediculus vestimenti. Einige Mitteilungen über gehäuftes Auftreten von — unter der Bevölkerung Nürnbergs im Jahre 1919, Federschmidt 941.
Pedikuli der Augenwimper, Hill 577.
Pemphigus s. Larynxstenose.
— Isolierter — der Mundschleimhaut, Lesser 473.
— Andauernder — mit Epidermiszysten in Verbindung mit endokrinen Syndromen. Seine Beziehungen zur Heredospezifität. Besserung durch Polyopotherapie, Hudelo u. Montlaur 613.
*— foliaceus u. Osteomalazie, Schulze 943.
*— localis. Über, Sieben, Herbert 772.
*— — Nachtrag zu dem Aufsatz über, Sieben, Herbert 890.
Pemphigusartig. Die — Eruptionen, Macleod 790.
Pemphigusbehandlung. Über — mit Terpentininjektionen. Brenning u. Hantsch 812.
Pellagra. Bemerkungen über Pathogenese bei Erkrankungen der Unterernährung u. bei, Rondoni 536.
— Kriegsärztliche Beobachtungen aus Rumänien, insbesondere über Klinik u. Ätiologie der, Külz 536.
— Bericht über einen Fall von, Visyalingam 536.
*— im Trentino nach dem Kriege, Probizer 751.
Pellagraähnlicher Krankheitsfall, Strassberg 918.
Pellidol (Calle) als Haarwuchsmittel, Saudeck 813.
Penishaut s. Gangrän.
Pepsin zur äußerlichen Behandlung von epidermalen, kutanen und subkutanen Krankheitsprozessen, Unna 858.
— -Salzsäure. Über die Anwendung von — zur Verdauung von Narbengewebe, Patzschke 858.
Pernionen. Zur Therapie der — mit der Uviollampe, Müller 809.
Perniones. Behandlung der — mit Diatherie, Grünbaum 895.
Petechial s. Pneumokokkenerkrankungen.
Phlegmone. Über chemische, Kausch 913.
Phlegmonen. Über künstlich erzeugte, Waldstein 913.
Pigmentation. Lineäre — bei einem Neger mit Ichthyosis, Mendes da Costa 873.
Pian. Fall von — bei einem anamitischen Kolonialarbeiter, Gastou 953.
Pigment s. Dopareaktion.
— Über einige neue Untersuchungen über die Natur u. Bildung von, Whitfield 794.
Pigmentbildung. Über postmortale — der Haut, Neuburger 920.
Pigmentiert s. Haarnävus.
Pigmentkrankheit. Über Schambergs spezielle progressive — der Haut, Adamson 796.
Pigmentmäler. Fall von multiplen, Dore 755.
Pilzerkrankungen. Die — der menschlichen Haut, Chajes 937.
Pityriasis rosea (Gibert) u. ihre Beziehungen zur Tuberkulose, Eiselt 853.
— rubra pilaris, Bonnet u. Morenas 900.
— — —, Švestka 853.
Plattenepithelkarzinom der Kopfhaut, Saalfeld 976.
Pneumokokkenerkrankungen. Petechiales Exanthem bei, Hirsch 959.
Pocken s. Vakzine.
— Über den diagnostischen Wert des Blutbildes bei, Hallenberger, O. 597.
— Über die Verbreitung der — in Deutschland u. Österreich seit Kriegsausbruch, Gins 956.
— Über Beziehungen zwischen Tier- u. Menschen-, Gins 956.
— u. Pockenimpfung, Soucek 955.
Pockenimpfung s. Pocken.
Pockenschutzimpfung durch Punktion, Hill 578.
Polychrom-Methylenblaulösung. Eine saure — für schnelle u. Spezialfärbung, Goodpasture 821.
Polymorpher Eruption. Fall von — auf Grund des Zusammentreffens verschiedener Krankheitsursachen 931.

Digitized by Google

Polyneuritis arsenicalis beim Kinde, Lapke 875.
Polyopotherapie s. Pemphigus.
Ponndorfsche Impfung bei Tbc., Wichmann 472.
— Tuberkulinimpfung, heftige Reaktion bei Lupus erythem., Blumenthal 474.
Porokeratosis. Ein Fall von, Mc Cormac u. Pellier 795.
— Mibelli. Über, Bruck u. Hirsch 833.
Pranatol. Über —, ein neues Mittel gegen Krätze u. andere Hautkrankheiten. Mit einem Nachtrag über Akne, Müller 859.
Primeldermatitis u. ihre Beziehung zur Anaphylaxie, Simpson 862.
Prießnitz-Verbände s. impermeable.
Probizer. Zu Guido v. — 70. Geburtstage, Rille 819.
Progressiv s. Paralyse.
— s. Pigmentkrankheit.
Prophylaxe s. Protargol-Crayons.
— Zusammensetzung eines Necessaires für individuelle, Gambier 988.
— Die drei Verfahren der — „après" u. drei Modelle von individuellen prophylaktischen Necessaires, Gougerot 988.
Prostata s. Carcinoma xanthomatodes.
— Totalausschälung der, Freyer 801.
— Primäres Sarkom der — bei einem Knaben, Nicholson u. Hainsworth 801.
— Die Lipoide der, Kinoshiter 810.
Prostatektomie. Unsere Erfolge bei suprapubischer, von Hofmann 1020.
Prostitutionsfrage. Einführung in das Studium der, Pappritz 454.
Prostitutionsproblem. Zur Lösung des, Pick 817.
Protargol-„Crayons" für die individuelle Prophylaxe, Gougerot 991.
Proteusbazillen s. Fleckfieber.
Prurigo lymphadénique. Seine nervöse Natur, Milian u. Blum 930.
— nodularis s. Ekzema.
Prurit décalvant lymphadénique, Nanta u. Baudru 813.
Pruritus ani. Beitrag zur Technik bei der Röntgenbehandlung von, Sjogren 495.
— Ein Fall von — bei Hodgkinscher Krankheit (Lymphogranulomatosis prurigino sa), Weber u. Dove 794.
— Autoexperimentelle Studie über, Jourdanet 840.
Pseudoleukämie, Buschke 473.
Pseudoschanker an der Lippe durch fusospirilläre Symbiose, Jamin 815.
Psoriasis-Behandlung beim Heere, Barber 516.
— — mit Röntgenstrahlen und Chlorionisierung, de Silva 517.
Psoriasis pustulosa, Hein, 544.
— Zur Ätiologie der Kritik der verschiedenen Theorien, Bory 899.
— Beitrag zum Studium des parasitären Ursprunges der, Bory 899.
Psoriatiker. Die Lunge der, Lévy-Fränckel u. Jakob 613.
Purpura. Ein tödlich verlaufener Fall von, Taylor 789.
— Über Vakuolenbildung in den Leukozyten bei symptomatischer, Meyer-Estorf 882.
— traumatische, Gruss 891.
— thrombolytische. Nachtrag zu meiner Arbeit über, Kaznelson 892.
— haemorrhagica. Zur Kasuistik der — mit Blutblättchenmangel, Braemer 892.
Pyodermatosen, neue Gesichtspunkte zur Pathogenese im Kriege, Wassermann 515.
Pyodermie parasitären Ursprungs, Semon u. Barber 793.
Pyodermien s. Staphar.
Pyogen s. Hautveränderungen.
Pyonephrose. Über einen Fall von Entleerung einer — in die Peritonealhöhle, Mitterstiller 811.
Pyonephrotisch s. Niere.

Quarzlampe s. Vitiligo.
Quarzlicht im Dienste der Ohrenheilkunde, Cemach 877.
Quarzlichtbestrahlungen s. Dermatosen.
Quarzlicht- u. Kohlenlicht in der Behandlung eitriger Erkrankungen der Haut u. deren Anhänge, Becker 496.
Quarzlicht s. Strahlen.
Quecksilberdermatitis s. Salvarsandermatitis.
Quecksilbervergiftung. Tödliche — nach antivariköser Sublimatinjektion, Hammer 493.
Quecksilberzubereitung s. Behandlung der Syphilis.
Quecksilber-Quarzlampe bei Kindern. Therapeutische Erfahrungen mit der, Hamburger 878.
Quecksilber s. Zentralnervensystem.
Quinckesches Ödem. Über die Ursache des, Sieben 513.

Radioaktiv s. Strahlen.
Radium s. Lupus vulgaris.
— s. Strahlen.
Radiumbehandlung der professionellen epitheliomatösen Radiodermatitiden, Degrais 930.
Radiumbestrahlung s. Mundhöhlenkrebs.
Raynaudsche Gangrän post partum. Zur Frage der, Fricke 497.

Digitized by Google

Raynaudsche Krankheit. Ein Fall von symmetrischer Gangrän, Goodall 538.
— — Mitralinsuffizienz und, Chalier 489.
Raynaudscher Symptomenkomplex. Zwei Fälle von Sklerodermie mit, Klappenbach 538.
Reflexanurie. Zur Frage der, Hammesfahr 1020.
Refraktäre s. Krätze.
Reglementation. Versuch einer vervollkommneten — für die Übergangsperiode, Gougerot 987.
Reizungsformen s. Blutbild.
Rektalblennorrhoe. Über, Harlisse 776.
Rickettsia Prowazeki s. Flekfieber, histol.-bakteriolog. Befunde.
Riesenepithel- u. -drüsenzellen in der Haut des Laubfrosches, Schmidt 476.
Riesennävus. Ein Fall von, Rolleston 791.
Riesenwuchs. Über erworbenen — der linken unteren Extremität u. angeborenen Nävus, Lehmann 917.
Rind s. Haarkleid.
Ringeruption s. Granuloma annulare.
Romanowskyfärbung. Eine neue und einfache Form für die, Romanese 820.
Röntgenbehandlung. Beitrag zur Technik bei der — von Pruritus ani, Sjögren 495.
— s. Drüsentuberkulose.
— s. Frauenbart.
— des Frauenbartes, Meyer 877.
— der Hyperhidrosis localis mit harten Strahlen, Meyer 495.
— oberflächlicher Dermatosen mit dem 0.5-mm-Aluminiumfilter, Kuznitzky u. Schaefer 496.
— s. Hyperplastisch.
— s. Lichen planus.
Röntgenhände. Die Therapie der, Holzknecht 496.
Röntgenlicht s. Ulcus phagedaenicum.
Röntgenröhre s. Dosierung.
Röntgenschädigung der Haut der Hände, Baum 474.
Röntgenstrahlen. Über Idiosynkrasie gegen, Strauss 879.
— Zur Frage der Idiosynkrasie gegen, Gawalewski 852.
— s. Strahlen.
Röntgenstrahlenbehandlung der Acne vulgaris. Die, Hazen 902.
Röntgentaschenbuch, Sommer 456.
Röntgentiefentherapie s. Tuberkulose.
Röntgen- u. Radiumtherapie. Handbuch der, Wetterer 456.
Roseola purpurica, Levy-Frankel 991.
Rotlauf. Zur Behandlung des, Bardachzi 912.
Rotlaufbehandlung. Über, Hochsinger 912.
Rotzinfektion. Über einen Fall von akuter, Hubalek u. Goldschmied 917.
Rotzkrankheit, Serodiagnose mittels Komplementablenkung, Pfeiler u. Gräfe 488.
Rotz s. Nasenrotz.
Rubeola s. Scharlach.
Ruhr s. Ödemkrankheit.
Rückenmarksflüssigkeit s. Mastixreaktion.
Rumpel-Leede s. Scharlachphänomen.

Sächsisch-Thüringische Dermatologen-Vereinigung 982.
Salizylsäure s. Angina Plaut-Vincent.
Salhyrsin, Eisler 852.

Salvarsan.

(S. auch Syphilis.)

I. Allgemeines.

Neosalvarsan. Eine Fabrik von gefälschtem —, eine medizin. Diplommühle als Seitenlinie 860.
Neosalvarsans. Identifizierung gefälschten 860.
Salvarsan. Spirillotoxische u. arsenotoxische zerebrale Reaktionen nach, Dreyfuss 997.
*Salvarsanbehandlung. Funktionsprüfung der Niere bei, Colmann u. Kron 1003.
Salvarsanpräparate. Über den Nachweis gefälschter, Peratz 856.
Silbersalvarsan s. intravenöse Injektion.

II. Therapie.

*Silbersalvarsan. Beiträge zur Behandlung der Syphilis mit —, u. mit Sulfoxylat, Neuendorff 883.
*— Erfahrungen mit, Sitta 863.
— Über, Kerl 761.
— u. Sulfoxylat. Über die Behandlung der Syphilis mit, Bruck u. Sommer 809.
Syphilis. Die Salvarsanbehandlung der, Jones u. Gibson 759.
— Zur Frage der endolumbalen Salvarsanbehandlung u. über den Einfluß der Behandlung auf Immunkörperbildung und den weiteren Krankheitsverlauf der, Matzenauer 761.

III. Dosierung u. Technik.

Intravenöse Injektion. Injektionsspritze für — von Silbersalvarsannatrium usw., Beity 860.
Neosalvarsaninjektionen. Zur Technik der intravenösen, Lange 812.
Salvarsandosen. Welche — sind eben ausreichend bei der Behandlung einer seropositiven Lues, Heller 612.

Digitized by Google

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

*Hg-Salvarsanschädigung. Beitrag zur Kenntnis der, Sieben 1030.
Neosalvarsan s. Arsenmelanose.
— s. Syphilis.
Neosalvarsaninjektion. Schwerste akute Erkrankungen nach intravenöser, Lottmann 1042.
Novarsenobillon. Zwei tödlich verlaufende Fälle von Ikterus gravis nach Injektionen von, Fenwick 759.
Salvarsan. Schwere Reaktionen nach — u. Diarsenol im Präparat Arsphenamin, Moore u. Feley 453.
— Tod nach, Wadia 759.
— s. Zentralnervensystem.
Salvarsandermatitis, Heyer 473.
— oder Quecksilberdermatitis?, v. Reuss 1041.
Salvarsandermatosen. Beiträge zur Kenntnis der, Nathan 810.
*Salvarsanexantheme. Über fixe, Hecht 805.
Salvarsaninjektion. Todesfall nach, Sée 990.
*Salvarsanschädigung s. Hg-Schädigung.
Salvarsantodesfällen. Die gerichtsärztliche Beurteilung von, Katsch 818.
Syphilis. Tod durch Neosalvarsan, Chatellier 815.

Salvarsanära s. Arsentherapie.
Sarcomatosis Kaposi s. Leprome.
Sarkom s. Prostata.
— Bericht über zwei Fälle von idiopathischem hämorrhagischem — (Kaposi), der erste kompliziert mit lymphatischer Leukämie, Cole u. Crimp 454.
— der Haut usw. Sekundäre Folge eines Fußsarkoms, Sequeira 790.
— Drei Fälle von sogenanntem idiopathischen, hämorrhagischen — (Kaposi), Weber 793.
— Primäres — der rechten Gaumenmandel, operiert von der lateralen Halsseite aus, Agello 933.
Sarkoma. Über einen Fall von multiplem pigmentiertem, idiopathischem, Skinner 796.
— capitis s. Basalzellenepithelioma.
Sarkome. Multiple der Haut, Seedorf 473.
Schamberg s. Pigmentkrankheit.
Schanker. Ein Fall von tumorähnlichem — am Oberschenkel, Gray 798.
— Phagedänischer, Buschke 473.
Scharlach, Masern und Rubeola. Differentialdiagnose bei, Warrack 592.
Scharlachähnliche Hautausschläge in den Tropen, Chalmers u. Innes 578.
Scharlachfrage. Zur, Zuelzer 954.
Scharlachphänomen. Über den diagnostischen Wert des Rumpel-Leedeschen, Müller 954.
Scharlachrezidive. Über, Cinston 577.
Schilddrüsenerkrankung s. Sklerodermie.
Schleimgeschwulst. Rezidivierende — des ganzen Vorderarmes, Kausch 920.
Schwangerschaftsunterbrechung s. Syphilis.
Schwefeldämpfe s. Skabies.
Schweinslederersatz s. Dermatitis.
Schweißdrüsen s. Basalzellenepithelioma.
Schweißdrüsentumoren. Zwei Fälle von, Alderton 791.
Seborrhoe. Über, Sellei 881.
Seborrhoisch s. Dermatitis.
Seborrhoische Ausschläge. Behandlung und Ätiologie von, Barber u. Semon 516.
Segmentnävi. Betrachtungen über herdförmige oder, Adamson 789.
Seifenfabrikation. Deites Handbuch der, Schrauth 815.
Selbstbeschädigungsmittel. Toxikologische Erfahrungen uber Mittel, welche von Soldaten zur Erregung von Krankheiten verwendet worden sind, Pick u. Wasiky 874.
Sensibilisierung s. Strahlentherapie.
Sepsis s. Gasödem.
Serologie des Fleckfieberblutes und zur Frage der Spezifität und ätiologischen Bedeutung der X-Stämme, Epstein 596.
Serum gegen den weichen Schanker, Reenstierna 874.
Serumexanthem und Nirvanolexanthem, Vögele 495.
Silberfarbstoffverbindungen s. Trypaflavin.
Simulationen s. Hautkrankheiten.
Sirupus neosalvarsani, Patzschke 861.
Skabies s. Krätze.
— Behandlung der, Foott 577.
— Behandlung der — mit Schwefeldämpfen, Bruce 793.
— Über Behandlung der ulzerösen, Rheins 941.
Skabiesbehandlung im Felde, Mac Cormac u. Small 577.
Skarlatinoide Ausschläge. Klinische Deutung der, Scholtz 894.
Sklera s. Gumma.
Sklerodaktylia. Zwei Fälle von, Weber 790.
Sklerodermia guttata, Jones 791.
Sklerodermie s. Addisonsche Krankheit.
— s. Raynaud.
— Über einen Fall von sehr starker, ausgedehnter — mit hochgradigen Veränderungen der Hände u. Füße usw., Bran 538.
— und Hautkrebs. Über das kombinierte Vorkommen, Wagner 555.

Digitized by Google

Sklerodermie. Vier Fälle von — verbunden mit Schilddrüsenerkrankung, Sequeira 792.
— Über die Beziehungen der — zu den Erkrankungen der endokrinen Drüsen, Roesch 922.
— Zur Kenntnis der, Viehweger 922.
— Zirkumskripte, Heller 975.
Skorbut. Über, Bierich 498.
— Beobachtungen über den — bei italienischen Truppen in Mazedonien, Vallardi 881.
— Über zwei Fälle von sporadischem, Saupe 892.
Skrofulöses Ekzem, Wichmann 470.
Sonnen- u. Freiluftbehandlung. Praktische Winke zur Durchführung u. Improvisierung der —, überall, Backer u. Capelle 879.
Sonnenlichtes. Über den Einfluß des — auf die gesunde u. auf die kranke Haut, Leeuwen 879.
Soor. Ein neuer Parasit beim, Pijper 488.
Spanische urologische Gesellschaft, Kongreß 962.
Spargelsaft, s. Dermatitis.
Spermatocystitis blennorrhoica (zehn untersuchte Fälle), Kantorowitsch 777.
Spindelspirillen s. Schanker.
*Spirochaeta refringens. Befunde aus einer Originalkultur von Noguchi, Meirowsky 511.
— trimerodonta. Über eine der Weilschen Spirochäte ähnliche Zahnspirochäte des Menschen und andere Mundspirochäten, Hoffmann 836.
Spirochäten im Urin. Das Vorkommen von, Stoddard 488.
— im Hirn bei Fällen von „Fieber unbekannten Ursprungs". Über das Vorkommen von, Patterson 488.
Spirochätenbefunde in Genitalveränderungen ungeimpfter Kaninchen, Arzt 809.
Sporen in Hautschuppen, Feststellung von, Bachmann 453.
Sporotrichosis, Legrain u. Pellier 613.
— Ein Fall von, Beatty 794.
Spray. Anwendung des — bei der Behandlung gewisser Hautaffektionen, Jamieson 792.
Sprue. Weitere Studien über die Ätiologie der, Dold 535.
*„Staphar". Über die Behandlung von Pyodermien und ähnlichen Affektionen mit, Galewsky 599.
Staphylococcus albus s. Acne vulgaris.
Staphylokokken s. Chinaalkaloide.
Staphylokokkenerkrankungen. Behandlung der — mit übermangansaurem Kali, Mayer 856.
Staphylokokkenerkrankungen. Über Behandlung mit übermangansaurem Kali, Neusser 856.
Staphylokokkosen s. Vakzinetherapie.
Sterilin s. Bartflechtentherapie 938.
Stollenblase, Hayner 800.
*Stomatitis mercurialis mit tödlichem Ausgang. Über einen Fall von, Voss 572.
Strahlen. Vergleichende histologische Untersuchungen über die Wirkungen von — u. radioaktiven Substanzen mit besonderer Berücksichtigung der ultravioletten, Levy 876.
Strahlentherapie s. Tuberkulose.
— Zur Frage der Sensibilisierung in der, Lenk 878.
Strahlenwirkung. Über biologische —, besonders der α-Strahlen. Der bakterizide Einfluß von Thorium X, allein u. im Zusammenwirken mit verschiedenen chemischen Desinfizienzien, Kuznitzky 878.
Streifen. Einseitige atrophische — der Brustwand, Weber 793.
Streptokokken s. Chinaalkaloide.
Streptokokkeninfektion s. Lupus erythematosus.
Streptokokkennekrose. Zwei Fälle von — der Haut und des subkutanen Gewebes McCormac 793.
Striae. Akute — atrophicae, auf Influenzapneumonie folgend, Cockayne 796.
Striktur. Die operative Wiederherstellung der Urethra bei Fällen von hochgradiger oder undurchgängiger, Guthrie 800.
Strophulus s. Urticaria papulosa infantum.
Subkutin s. Anästhesie.
Sulfarsenol. Ein neues Arsenikpräparat, Levy-Bing, Lehulsoff-Wyld u. Gerbay 992.
Sulfoxylat s. Silbersalvarsan.
Sycosis barbae s. Trichophytie.
Sykosis u. andere Staphylokokkeninfektionen der Haut und ihre Verbreitung, Adamson 516.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

*Antiluetische Kur bei ungeklärter Diagnose, Nast 563.
Inkubationsdauer s. Schanker.
Luische Infektionen, Vorschlag zur Verhütung bei Hebammen u. Gebärenden, Hauck 1000.
Reinfektion. Ein Fall von syphilitischer, Panton u. Simpson 616.
Schanker. Die blennorrhagischen, Bernier 987.

Digitized by Google

Syphilis des Kindes, Beitrag z. Studium der erworbenen — bei den marokkanischen Eingeborenen: Häufigkeit, primäre u. sekundäre Formen, Decrop u. Salle 991.
— Ein Fall von schwerer — mit eigenartigem Initialexanthem, Kliemann 980.
— Kannten die deutschen Studenten an der Wende des 15. Jahrhunderts die — u. die Ansteckungsfähigkeit d. Geschlechtskrankheiten, Heller 999.
— par conception oder Syphilis d'emblée, Nordmann 1000.
— Die Diagnose u. Behandlung der, 979.
— Die Übertragbarkeit der, Wilson 756.
— maligna praecox. Über, Queyrat 931
— — — Zwei Fälle von, Queyrat u. Mouquin 931.
— s. Prostata.
— Sind Trypanosomiasis und — verwandte Krankheiten? Emmerich u. Hallenberger 979.
— Tuberkuloide, Arning 449.
— Über, Lévy-Du Pan 979.
— Über den derzeitigen Stand der Lehre von der Pathologie u. Therapie der, Kyrle 979.
— Über Veränderungen im klinischen Verhalten der, Stümpke 980.
— Ursachen der malignen Erscheinungsformen in der, Lacapère 613.
— Zur Frage d. Infektiosität d. latenten, Jäger 1000.
— s. Blennorrhoe. Komplikation mit.
— s. Leberatrophie.
— s. Liquor cerebrospinalis.
— s. Schanker.
— s. Verbrennungen.
— s. Vitiligo.
— s. Zentralnervensystem.
Syphilisfamilie, Hamilton 1019.
Syphilisforschung. Über den derzeitigen Stand der — und -behandlung, Arzt 979.
Syphilisforschungen. Moderne, Hübner 979.
Syphilitisch s. Schilddrüsenentartung.
Syphilitiker. Die Anamnese der, Bettmann 978.
Vitiligo u. deren Beziehung zu erworbener oder ererbter Syphilis, Brown, Dujardin u. Haecke 795.

B. Ätiologie.

Erythema nodosum, Spirochäten bei — der Syphilitiker, Fischl 981.
Levaditi-Methode. Zur Technik der, Saphir 1000.
Paralyse. Neuere Spirochätenforschungen bei, Hauptmann 1001.
Schanker. Syphilitischer — im Verein mit Spindelspirillen, Payenneville 756.
Spirochaeta pallida. Einige neue Gedanken über die, Chabeaux 1001.
*— — Über die Ergiebigkeit verschiedener Darstellungsmethoden d. —, nebst Bemerkungen z. Morphologie, Oelze 843.
— — s. Organotherapie.
Spirochäten s. Erythema nodosum.
*Spirochätenbefunde im Liquor bei Lues, Joers 966.
— Über die — von Karl Spengler u. S. Fuchs v. Wolfring, nebst Bemerkungen über die Methodik d. Spirochätenuntersuchungen, Oelze 999.
Spirochätenfärbungen. Eine empfehlenswerte Methode für, Becker 1001.
Spirochätenforschung. Zur Geschichte d., Fuchs v. Wolfring 456.
Spirochätenforschungen s. Paralyse.
Spirochätenserum. Über Entnahme und Transport von — mittels Kanülen aus Glas, Oelze 1001.
Spirochätenuntersuchung. Praxis der, Oelze 999.

C. Experimentelle Syphilis.

Beiträge zur experimentellen Kaninchensyphilis, Arzt u. Kerl 451.
Kaninchensyphilis. Bemerkungen zur experimentellen, Valente 1000.
*— Zur Frage der, Arzt u. Kerl 1047.
Syphilis. Einfluß hoher Körpertemperaturen auf die Spirochäten u. Krankheitserscheinungen der — im Tierexperiment, Weichbrodt u. Jahnel 1000.
Syphilisähnliche Spontanerkrankung des Kaninchens, Jacobsthal 450.
*— — — — (Paralues cuniculi). Untersuchungen über eine, Jacobsthal 569.

D. Diagnostik.

*Ausflockung des Syphilisserums. Studien über die — nach Sachs-Georgi, Robitschek, Walter 924.
Ausflockungsreaktion. Eine spezifische — zum Nachweis der alkoholischen Rezeptoren des Hammelblutes und ihre Antikörper, Sachs u. Guth 1038.
— Die klinische Bedeutung der Serodiagnose des Syphilismittels der — für die Prognose u. Therapie der Lues, Peratz 758.
Ausflockungsreaktionen. Zum Nachweis d. Syphilis durch, Meinicke 1039.
— zur Diagnose der Lues. Über die neueren, Hübschmann 1038.
Bordet-Wassermannsche Reaktion, Notiz über vergleichende Untersuchungen im Blut u. Urin, Simon 931.

Digitized by Google

Frühdiagnose. Die Frage der Zuverlässigkeit d. serologischen u. neurologischen — der Syphilis, Kobrak 1038.
Goldreaktion. Erfahrungen mit d. Langeschen, Fehsenfeld 1001.
Goldsolreaktion. Beitrag zur Frage der — im Liquor cerebrospinalis, Mras u. Brandt 1002.
— — — klinischen Verwertung der — im Liquor cerebrospinalis, Widder 1002.
— Über die — im Liquor Syphilitischer, ihr Verhalten zu anderen Liquorreaktionen u. ihre klinische Brauchbarkeit u. Bedeutung, Kyrle, Brandt und Mras 1002.
Hämolytische System. Eine vereinfachte Fixationsmethode für d., Golay 1022.
Komplementfixationsprobe. Die — bei Syphilis, Browning u. Kennaway 796.
Liquor. Vergleichende Untersuchungen zwischen der WR im — und den Flockungsmethoden nach Hermann-Perutz u. Sachs-Georgi, Eicke 1021.
*Lues. Ein Beitrag zu der von E. Hoffmann angegebenen Drüsenpunktion zwecks Frühdiagnose der primären, Tilling 947.
Luesdiagnostik. Zur — mittels WR, Sternscher Modifikation und Ausflockungsmethode nach Sachs-Georgi, Hinzelmann 1022.
Luesnachweis. Zur Methodik des serologischen — mittels Ausflockung dch. cholesterinierte Organextrakte, Sachs u. Georgi 1021.
Luesreaktion. Zur Technik meiner, Meinicke 1022.
— s. Sachs.
MR s. SGR.
Organextrakte s. Luesnachweis.
— s. Serodiagnostik.
*Sachs-Georgi. Bemerkungen zu d. Aufsatz von H. Felke: Zur Praxis des Luesnachweises durch Ausflockung nach, Klieneberger 832.
— — Erfahrungen mit d. Reaktion nach, Felke u. Wetzell 1002.
*— — Zur Praxis des Luesnachweises durch Ausflockung nach, Felke 519.
— — s. Luesdiagnostik.
— — -Reaktion s. Ausflockung.
— — u. Wassermann. Vergleichende Untersuchungen zwischen den Reaktionen nach, Messerschmidt 1039.
Sachs u. Georgi. Über „thermolabile" Ausflockung nach, Baumgärtel 1039.
— — — Zur Methodik der serodiagnostischen Luesreaktion nach, Wodtke 1037.
— — — Zur Frage der Spezifität beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung nach, Stilling 1021.
Sachs-Georgische Ausflockungsmethode für die Serodiagnose der Syphilis, Hauck 1021.
— — — bei Syphilis. Einfluß d. Temperatur auf die, Hauck 1037.
Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion. Eine leicht ausführbare Mikromethode zur Anstellung der, Lopp 1002.
— — — Über eine Ausbaumöglichkeit d., Neukirch 1021.
— — Ausflockungsmethode. Die Ergebnisse der — bei Blut- und Liquoruntersuchungen, Schönfeld 1037.
Serodiagnose s. Sachs-Georgi.
— s. Ausflockungsreaktion.
Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte (SGR). Untersuchungen über die, Poehlmann 452.
— — — Über den Einfluß der Temperatur auf das Komplementbindungsvermögen bei der WR u. seine Bedeutung für die, Graetz 1037.
— Zur — der Syphilis, Neufeld 1039.
— Zur Frage der Brauchbarkeit cholesterinierter Organextrakte für die — der Syphilis, Sachs 1039.
Seropositive Lues s. Salvarsandosen.
SGR. Kann die — und MR die WR in jedem Falle ersetzen, Merzweiler 1022.
Sternsche Modifikation s. Luesdiagnostik.
Syphilis. Der Einfluß der — auf das Komplement d. Patienten, Shaw 756.
— Über die frühzeitige Diagnose u. Behandlung der, Sequeira 598.
— Zur Frühdiagnose der, Riehl 756.
Tabes. Blut- u. Liquorbefunde bei — u. Paralyse, Oltmanns 756.
Wassermannsche Reaktion. Ihr Wert in Theorie u. Praxis, ihre Fehlerquellen. Nicolas u. Gate 813.
Wassermann- u. Sachs-Georgische Reaktion bei Syphilis, Baumgärtel 1038.
— Widersprüche vom Standpunkte des Klinikers aus betrachtet, Wolbrast 1038.
Wassermann s. Zerebrospinalflüssigkeit.
WR. Die Schädlichkeiten der, Thibierge 757.
— Die — bei tertiärer u. maligner Syphilis u. ihre Beeinflussung durch d. Therapie, Kleinmann 757.
— Über, Narbel 757.
— Zur Verwendung einer natürlichen kalorimetrischen Stufenleiter bei der, Bergeron u. Normand 757.
— s. Augenerkrankungen.
— s. Luesdiagnostik.

Digitized by Google

WR s. Serodiagnostik.
— s. SGR.
Zerebrospinalflüssigkeit s. Paralyse.

E. Syphilis der Eingeweide.

Blasensyphilis. Zur Frage der, Posner 832.
Gummosis des Herzens. Ein Fall von, Husche 615.
Herzmuskel s. Koronararterien.
Herzsyphilis. Zur Diagnose der, Luce 982.
Leber. Syphilis der —, Perihepatitis und Komplikationen in der Nachbarschaft, du Castel 988.
Leberfieber. Luisches — bei einer 25-jährigen auf kongenitaler Grundlage, Baer 995.
Lebersyphilis, Wile 453.
Luftröhre. Die syphilitischen Erkrankungen der, Nicolai 994.
Lungensyphilis. Über, Schröder 994.
Magen. Die Erkrankungen des — bei Lues u. Konstitution, Kleissel 993.
Magensyphilis. Fall von, Ramond 995.
Mandel u. Mund s. Syphilis der Haut.
Nephritis. Beitrag zur Kenntnis der frühsyphilitischen akuten, Wertheim 994.
Peritonitis syphilitica, Letulle 618.
Prostata. Über Syphilis der, Colm 614.
Schilddrüsenentartung. Zur Kasuistik der syphilitischen, Cramer 614.
Syphilitischer Diabetes, Cordier u. Dechaume 475.
Trachea. Syphilitische Stenose der, Cade u. Brette 994.
Tracheoösophagusfisteln. Luetische, Krassnig 994.

F. Syphilis der Haut und deren Anhangsgebilde.

Gumma s. Syphiliseruption.
Gummen s. Paralyse.
*Initialsklerosen. Wie häufig sind unscheinbare, rasch verschwindende, Fick 1034.
Jarisch-Herxheimersche Reaktion, Hesse 761.
Mal perforant, Wichmann 470.
Mandel. Schanker oder syphilitische Erkrankung der, Wechselmann 995.
Primäraffekt des Zungenrückens, Saalfeld 976.
Primäraffekte. Multiple extragenitale, v. Bressler 611.
Primärsyphilid. Ein Fall von intraurethralem, Clements 616.
Primärsyphilide. Fehldiagnosen b. extragenitalen, Pinard 617.
Reinfektion. Ein Fall von unbestreitbarer syphilitischer — nach einer Pause von fünf Jahren, Laurent, Ch. 931.
Schanker. Drei neue Fälle von syphilitischen — des Fingers u. ein Fall von — der Palma manus, Levy-Bing, Gerbay u. Bonnet 987.
— Ein Fall von weichem — des Fingers, Levy-Bing u. Gerbay 990.
— 1500 Fälle von syphilitischem — beobachtet in einem venerologischen Armeezentrum (Untersuchungen über die Inkubationsdauer der Syphilis), Levy-Bing u. Gerbay 990.
— Statistische Studie über extragenitale, Porter 453.
— Über einen Fall von gleichzeitigem syphilitischem — des Zahnfleisches u. der Klitoris, Montpellier u. Lebon 989.
— Zwei Fälle von syphilitischen, für Blennorrhoen angesehenen — d. Harnröhre, Montpellier 990.
— Zwei Rezidive von syphilitischem — im Verlauf von sechs Monaten, Simon 613.
— Zwei syphilitische — von seltener Lokalisation: Schanker des Telephonisten u. Schanker des Kochs, Gougerot, Levy u. Clara 988.
— des Zahnfleisches bei einem Zahnlosen, Gastinel u. Legrain 612.
Spätsyphilid s. Karzinom.
Syphilis der Araber; die ulzeröse Tertiärsyphilis des Gesichtszentrums, Lacapère 992.
— Die Arrhythmien der sekundären, du Castel 990.
— insontium, Walmsley 614.
— s. Vitiligo.
— s. Wassermann.
Syphiliseruption. Exanthematische — im Anschluß an ein Gumma, Plauer 833.
Syphilitica. Frische Reinfectio, Jeanselme 980.
Syphilitischer Hauteruption. Ein Fall von —, die durch Einnahme von Bromkali zum Ausbruch kam, Whitfield 794.
— Schanker des kleinen Fingers, Queyrat 932.
Syphilom, ano-rektales (Fournier), Jersild 475.
Syphilome. Chronische, fibroide subkutane — der Beine, verbunden mit chron. periurethraler Induration des Penis, Weber 1019.
Tonsillarschanker in Form einer Angina, Rendu 981.
Zahnschanker. Unverschuldeter syphilitischer, Goodmann 981.

Digitized by Google

G. Syphilis des Blutes, des Blut- und Lymphgefäßsystems.

Aortitis luica. Über, Lenzmann 982.
Blutuntersuchung s. Sachs-Georgi.
Gumma. Unbezwingbares Nasenbluten infolge verkannten, Mourier 991.
Koronararterien. Die Beziehungen der — zum Herzmuskel, Eichhorst 982.
Periaortitis syphilitica. Ein Fall von klinisch nachweisbarer, Hubert 982.
Serologisch s. Frühdiagnose der Syphilis.
Syphilis. Über die spezifischen Gefäßerkrankungen bei — u. bei Nikotinvergiftung, Benecke 982.
Thrombophlebitis luetica, Wichmann 470.

H. Syphilis der Gelenke, Knochen, Muskeln.

Gelenke. Über die Syphilis der, Jikelheimer 981.
Gelenksyphilis. Zur Diagnose der, Reschke 981.
Gibbus syphiliticus. Ein Fall von, Woloshinsky 982.
Schädellues. Zur Kasuistik der, Schmidt 981.

I. Syphilis des Nervensystems.

Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit. Über die frühzeitige Infektion der — bei Syphilis, Valente u. Paes Miguens 995.
Ischiatikusneuralgie syphilitischen Ursprungs, Boudet 995.
Liquorbefund in den einzelnen Stadien der unbehandelten Syphilis, Kohrs 452.
Liquor cerebrospinalis. Kolloidchemische Untersuchungen am, Stern u. Pönsgen 1039.
— — Kurze Bemerkungen zur Arbeit W. Gärtners: Was lehrt die serologische Sonderstellung des — u. des Kammerwassers bei Typhus, Fleckfieber und Syphilis für die Behandlung der Syphilis, Kafka 834.
Liquoruntersuchung s. Sachs-Georgi.
Lues cerebri. Klinische u. histologische Untersuchungen bei, Goldberg 615.
— cerebrospinalis. Beitrag zur Kenntnis der Psychosen bei, Hesse 998.
Lumbalpunktion. Die diagnostische und therapeutische Bedeutung d., Pappenheim 614.
Wann soll man eine — machen? Loewy 1038.
Mastixreaktion. Über die — u. ihre Stellung zu anderen Reaktionen in der Rückenmarksflüssigkeit, Schönfeld 842.
Meningitis. Akute syphilitische, Wilson u. Gray 616.
— acuta syphilitica. Zur, Neumann 997.
Nervensyphilis s. Arsenobenzol.
Nervensystem. Die Syphilis des — bei den Eingeborenen Algeriens, Montpellier 987.
— Die Wahrheit über intraspinale Injektionen bei der Behandlung der Syphilis des, Sachs 998.
Neurologisch s. Frühdiagnose d. Syphilis.
Paralyse. Allgemeine syphilitische progressive — u. Zerebrospinalflüssigkeit, Sicard u. Roger 755.
— Über die Ätiologie und die Pathogenese der allgemeinen, Valente 995.
— Über Entzündungsherde und miliare Gummen im Großhirn bei, Jakob 998.
— s. Esophylaxie.
— s. Tabes.
— s. WR.
Paralysefälle. Statistik von, Heller 555.
Paralyse- u. Tabestherapie. Neuere Probleme der, Plaut 1040.
Progressiven Paralyse. Über das Wesen der, Jakob 997.
Syphilis s. WR.
Tabes. Zur Pathogenese der Miktionsstörungen bei — nebst kurzen Bemerkungen über einige Fälle von operativer Behandlung derselben, Freudenberg 997.
— s. Paralyse.
— dorsalis s. WR.
— — Zusammentreffen von Schwangerschaft und, Allen 998.
Tabesparalyse. Über die traumatische Entstehung der, Rosenthal 995.
WR. Tabes dorsalis u. Paralyse in ihren Beziehungen zur, Hebel 757.
Zentralnervensystem. Zur Symptomatologie seltener Formen der Syphilis des, Helm 617.
Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphiliskranken. Untersuchungen über d. verschiedenen Reaktionen (Lymphozytose; Bisgaard, Ross u. Jones u. Wassermann) in der, With 1022.
— — Syphilis, White u. Barber 795.

K. Syphilis und Sinnesorgane.

Augenerkrankungen. Die Bedeutung der WR für die Feststellung der Ätiologie der, Enste 756.
— Die Lues als ätiologisches Moment bei, Rechel 617.

Digitized by Google

Gumma der Sklera, Blake u. Lane 616.
Keratitis parenchymatosa heredo-luetica. Die Beeinflussung der — durch die kombinierte antiluetische Behandlung, mit Berücksichtigung der anderen Behandlungsmethoden, Peyser 999.
Kropf mit Exophthalmus, verursacht dch. Gemütsbewegung u. Syphilis, Pfeiffer 995.

L. Behandlung der Syphilis.

*Abortivbehandlung der Syphilis. Kurze Bemerkungen zu d. Arbeit von Leven, Zimmern 903.
— — — Zu Zimmerns Bemerkungen u. zur, Delbanco 905.
Allgemeinbehandlung der Syphilis, Bory 1040.
Arsenik. Bemerkungen über die Verabreichung von — bei Syphilis, Lockart u. Atkinson 760.
Arsentherapie der Syphilis bis zur Salvarsanära, Bader 760.
Behandlung der Syphilis. Die fortlaufende anstatt der intermittierenden, Almkvist 873.
— — — Die intensive, Pollitzer 954.
— — — durch den praktischen Arzt, Sachs 1040.
— — — mit einer neuen Quecksilberzubereitung, Lewengood 1041.
— — — s. Syphilisforschung.
*— Ununterbrochene intensive — d. Syphilis, Almkvist 763.
Frühbehandlung. Zur Frage der — der Syphilis, Gutensohn 1040.
*Lues. Über Behandlung tertiärer — mit Dijodyl, Oelze 743.
Organotherapie. Kasuistischer Beitrag z. Frage der — der Spirochaeta pallida, Fischl 1039.
Syphilis. Behandlung der — im Frühstadium, Gibson 759.
— Die interne Behandlung der, Lewin 760.
— Kolloide bei, McDonagh 758.
— Über den Einfluß von interkurrenten fieberhaften Krankheiten u. von Fieberzuständen, die durch intraglutäale Milchinjektionen hervorgerufen sind, auf den Verlauf der — mit besonderer Berücksichtigung der kongenitalen, Stückgold 618.
— Über die Wirkung der ununterbrochenen u. prolongierten merkuriellen Einspritzungen bei gewissen Manifestationen der, Abadie 953.
— Wie ist die radikale Frühheilung der seropositiven Primärsyphilis und der frühsekundären — am sichersten zu erreichen? Habermann u. Sinn 835.
Syphilisbehandlung. Allgemeines zur, Neugebauer 1040.
Syphilistherapie. Die moderne — im Krankenhaus, Ritter 1040.
Therapie der Syphilis. Der jetzige Stand der — in ihren verschiedenen Stadien, Hesse 1040.
— — — Versuche zur fraktionierten Chinin-Salvarsan-, Schereschewsky 977.
Zentralnervensystem. Über die therapeutische Beeinflussung syphilitischer Erkrankungen des — durch Quecksilber, Quecksilbersalvarsan kombiniert und Reinsalvarsan, Lämle 760.

II. Erbsyphilis.

Behandlung der konzeptionellen und infantilen Syphilis, Bory 1040.
*Defektbildungen. Zur luetischen Genese angeborener, Deutschländer 783.
Erbsyphilis. Krieg und, Hochsinger 979.
Hereditäre Syphilis. Die endokrine —: ihre Rolle in gewissen Dystrophien u. Degenerationen des Individuums u. der Art, Barthélemy 992.
Hutchinsonsche Zähne. Über die, Davidsohn 841.
Infantile s. konzeptionelle Syphilis.
Kongenitale Syphilis. Die Gitterfasern d. Leber bei, Berel 998.
— — Über — in der zweiten Generation, Bruusgaard 872.
Kongenitalen Syphilis. Einige Gesichtspunkte zur Behandlung der, Ahmann 873.
Konzeptionellen Syphilis. Behandlung d. — u. infantilen Syphilis, Bory 1040.
Lues. Beiträge zur Serologie u. Klinik der kongenitalen, Haas 615.
— congenita. Über Heilung der hypophysären Form der — durch kombinierte antisyphilitische und Organotherapie, Nonne 998.
Syphilis hereditaria tarda hepatis (Leberzirrhose mit sekundärer akuter gelber Atrophie) Klewitz u. Lepehne 999.
— Ein Fall von postkonzeptioneller, Gohrbandt 617.
— und Schwangerschaftsunterbrechung, Schwab 598.
Syphilisinfektion. Intrauterine —, hypothetische Wirkung d. Chorionfermente, Routh 598.
Zwilling. Bericht über einen luetischen u. einen nichtluetischen, Singer 980.
Syringom. Zur Beurteilung des, Schelke 920.
Syringoma. Ein Fall von, Paul 792.

Digitized by Google

Tachykardie. Über den Einfluß gewisser Medikamente auf orthostatische — u. Dermographie, Kjelland 492.
Taschenbuch der Therapie, Schnirer 476.
Tätowierung s. Hauttuberkulose.
Teers. Die Wirkung des —, bes. bei Ekzem, Sellei 516.
Teermelanodermie. Gewerbliche, Arnstein 875.
Téléangiectasies généralisées essentielles acquises, Heller 976.
Teleangiektasien s. Angiome.
Terogentabletten. Über —, ein internes Antiblennorrhoikum, Schuftan 834.
Terpentin, Trichophytin u. Vakzine in der Dermatologie, Holzhäuser u. Werner 493.
Terpentinbehandlung s. Hautkrankheiten.
Terpentininjektionen s. Pemphigusbehandlung.
Terpentinöl. Die Behandlung von Hautkrankheiten mit — (nach Klingmüller), Meyer 490.
*Terpentinölbehandlung (Klingmüller). Über, Becher 459.
*— — (Schluß) 479.
Terpentinölinjektionen (Klingmüller) gegen Hautkrankheiten, Seiler 859.
Tetryl. Die Eigenschaften des —, soweit sie den menschlichen Körper betreffen können, Cripps 793.
— Forschungen über die Ursache u. Verhütung der gewerblichen, durch — verursachten Krankheiten, Ruxton 793.
Thermolabil s. Sachs-Georgi.
Thigenol s. Furunkulose.
Thorium-X- s. Strahlen.
Tinea tonsurans. Ein Fall von — bei einem Erwachsenen, Oliver 793.
Torpide Geschwüre. Über — nach Schußverletzungen, Urban 933.
Transplantationsbestrebungen. Bewertung neuerer chirurgischer —, Bruchsacktransplantation, Deckung eiternder Hautdefekte, Transplantationsimmunität, Keysser 897.
Trichophytia profunda, zur Trockenbehandlung mit der fettlosen Salbe Lotional, Sachs 557.
Trichophytie des Menschen. Immunisatorische Vorgänge bei der, Blumenthal u. v. Haupt 940.
— — — Zur Kenntnis der Immunitätsvorgänge bei der, Nathan 439.
— ekzematoide der Extremitäten und „Dhobie itch", MacLeod 588.
— Erfahrungen mit der medikamentöschirurgischen Behandlung der, Heller 938.
Trichophytie. Kleinsporige — der Kopfhaut eines Erwachsenen, Waldo 557.
— lichenoide s. Lichen trichophyticus.
— Sekundäre lichenoide — in Verbindung mit Kerion Celsi (Lichen spinulosus trichophyticus), Rasch 792.
— und Sycosis barbae. Meine Behandlung der, Wetterer 812, 940.
— Zwei ungewöhnliche Fälle von —, von denen der eine durch einen in rosa Kulturen wachsenden Pilz (Trichoph. rosaceum) verursacht ist, Hartzell 452.
Trichophytien. Zur Therapie der tiefen, Alexander 939.
Trichophytin, Vakzine und Terpentin in der Dermatologie, Holzhäuser u. Werner 493.
Trichophytoninfektion. Beitrag zur Therapie der, Sachs 940.
Trichosen. Über —, besonders die der Julia Pastrana I, Fuchs 935.
Trichotillomania, Pernet 790.
Tripper. Die Behandlung des — der Weiber mit intramuskulären Injektionen von Kochsalzchlorkalziumlösung nach v. Szily u. Stransky, Schönfeld 799.
Tropische Krankheiten. Bemerkungen üb. verschiedene auf dem Balkan u. an der Adria anzutreffenden, Castellani 533.
Tropismus. Endokriner —. Adenotropismus, Kaplan 918.
*Trypaflavin. Zur intravenösen Behandlung gonorrhoischer Prozesse mit — u. Silberfarbstoffverbindungen, Bruck 908.
— in der Chirurgie, Veit 842.
— in der Dermatologie, Werner 862.
— u. Trypaflavinsilber (Argoflavin) in der Therapie maligner Geschwülste, Levin 933.
Trypanosomiasis s. Syphilis.
Tuberkelbazillen. Über den mikroskopischen Nachweis der, Malowan 821.
— Über die Färbung der — mit alkoholischem, milchsaurem Methylenblau, Gasbarrini 820.
Tuberkelbazillus, Typus humanus und bovinus, v. d. Porten 471.
Tuberkulin s. Tuberkulose.
Tuberkulomuzin s. Hauttuberkulose.
Tuberkulose. Die Strahlenbehandlung der chirurgischen, Kopp 878.
— Erfahrungen mit spezifischer Therapie, Wichmann 472.
— Die Partialantigentherapie n. Deycke-Much u. ihre Bedeutung für die chirurgische, Landau 962.

Digitized by Google

Tuberkulose. Die spezifische Behandlung der, Wolf 962.
— Erfolge der Röntgentiefentherapie bei chirurgischer, Moll 977.
— Zur Tuberkulin- u. Strahlentherapie d. Lymphdrüsen- u. Lungen-, Harms 960.
— s. Drüsentuberkulose.
— s. Hauttuberkulose.
— s. Pityriasis rosea.
Tuberkulösen. Intrakutanreaktionen mit Urinextrakt von, Miche 961.
*Tuberkulosis cutis vegetans, Vogel 559.
Tuberkulid. Ein Fall von papulo-nekrotischem, Smith 796.
Tuberkulide. Eine neue Auffassung der, Rist u. Rolland 791.
— s. Hauttuberkulose.
Tumorähnlich s. Schanker.
*Tumoren. Ein Beitrag zur Kenntnis der melanotischen, Treuherz 963.
— Enquete über die malignen — der Haut bei den Eingeborenen Nordafrikas, Montpellier u. Marchand 613.
— multiple, des behaarten Kopfes, Civatte 932.
Typhus. Über den Nutzen der Vakzination bei, Dunbar 959.
— s. Liquor cerebrospinalis.
Typhusbazillen s. Fleckfieber.
Typhus exanthemicus. Typische Halbseitenlähmung im Verlauf eines, Pfeiffer 958.
Tysonsche Drüsen s. Vulvitis.

Übererregbarkeit des vegetativen Nervensystems im Frühjahr und Ekzemtod, Moro 898.
Ulcus molle s. Diphtherie der Vulva.
— orientale. Behandlung des, Evans 534.
— phagedaenicum. Über ein durch Röntgenlicht geheiltes, Perl 929.
— rodens, Little 790.
— — Fall von oberflächlichem, „kartenähnlichem", Little 755.
— tropicum, Hegler 450.
— — Mayer 450.
— veneroides, Olson 454.
Ultraviolette Strahlen. Die Wirkung der — auf die Haut und Augen, Johns 496.
Ultraviolett s. Strahlen.
Ulzerationen im Munde u. Pharynx in Verbindung mit Vincentschen Bazillen, David u. Hecquet 836.
Unna, P. G., Allgemeine Naturwissenschaften und Philosophie, Porten, v. d. 639.
— Anatomie u. allgemeine Pathologie, Fick 657.
Unna, P. G., Anteil an der bakteriolog. Erforschung der Haut, Herz 688.
— als biologischer Chemiker, Friedenthal 653.
— als Kliniker, Samberger 691.
— Lebenslauf, Delbanco u. Unna jr. 621.
— und die Materia medica, Zernik 705.
— als Mikrochemiker, Mayer 670.
— und die Pharmazie, Runge 718.
— Spezielle Pathologie, Gans 677.
— als Therapeut, Unna jr. 699.
— Verzeichnis seiner wichtigsten Schriften 735.
— Wertung seiner Sauerstofftheorie, Golodetz 655.
— und das Zeitschriftenwesen und die Geschichte der Medizin, Bloch 730.
Unterernährung s. Pellagra.
Ureter. Verlegung des — durch abnormen Verlauf eines Blutgefäßes der Niere, Rowlands 814.
Ureterenverlegung. Drei Fälle von —, Gordon 801.
Urethra s. Striktur.
Urethritis bei der Frau. Die blonnorrhoische, Bizard u. Blum 993.
— chronische. Die Behandlung der — nebst Beschreibung eines neuen Instrumentes zum Ätzen der Lakunen, Powell 779.
Urologische Grenzfragen, Stutzin 451.
Urotropazid, ein neues wirksames Desinfiziens der Harnwege, Svestka 852.
Urticaria, fieberhafte, Lawrence 514.
— papulosa infantum (Strophulus) und Oxyuren, Schütz 893.
— perstans verrucosa. Ein Fall von, Hirsch u. Bruck 833.
— pigmentosa, Hoffmann 474.
— — verborgene, bei einem Kinde von sieben Monaten, Thibierge u. Boutelier 930.
*— symmetrica, Kreibich 1043.
— wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs, Hollander 453.
— s. Dermatitis.
— s. Menstruation.
Uviollampe s. Pernionen.

Vaccina generalisata s. Kuhpocken, allgemeine.
Vakuolenbildung s. Purpura.
Vakzination s. Typhus.
— intrauterine. Ein Beitrag z., Wickensack 595.
Vakzine s. Aktinomykose.
— s. Hämatologie.

Digitized by Google

Vakzine. Trichophytin und Terpentin in der Dermatologie, Holzhäuser u. Werner 493.
Vakzine- u. Variolaerregers. Über die Identität des, Ickert 957.
Vakzinebehandlung. Resultate der — bei einer Serie von 500 Fällen bei Blennorrhoe, Lumb 780.
— auch der akuten Blennorrhoe, Baril u. Creuze 798.
— der Furunkulose, Stammvakzine oder Autovakzine, Mauté 902.
— der Geschlechts- u. Hautkrankheiten, Nobl 861.
Vakzineeinspritzungen. Einige Beobachtungen über — bei Schußverletzten zu prophylaktischen u. therapeutischen Zwecken, Läwen u. Hesse 896.
Vakzineinjektionen, prophylaktische, bei Blennorrhoe, Boas u. Thomsen 809.
Vakzinen bei der Behandlung von Hautkrankheiten, Macleod u. Topley 796.
Vakzinetherapie der Blennorrhoe, Renaud-Badet 475.
— der Staphylokokken, Strübel 555.
Vakzinevirus. Weitere Versuche über das Kreisen der, Gins 957.
Vakzinia, umschriebene gangränöse, Chalmers u. Archibald 592.
— universelle, bei Eingeborenen im Sudan, Chalmers u. Archibald 578.
Varikös s. Beingeschwüre.
Variola s. Hämatologie.
— s. Vakzine.
Variolabehandlung mit Kaliumpermanganat, Bender 955.
Varizella s. Herpes zoster.
— und Herpes, Gunn, 592.
— bei Erwachsenen, Komes 955.
Varizellen s. Herpes zoster.
— Jodtinktur bei, Corben 592.
— Die zunehmende Schwere der, Stolzner 955.
Varizellenähnliche Flecke s. Herpes zoster.
Varizen. Zur Operation der, Flörcken 893.
— Über die Pathogenese der kongenitalen, Hasebroek 893.
Vasomotorisch-trophische Neurosen, Schlesinger 555.
Venerische Krankheiten. Das neue schwedische Gesetz über die, Markus 873.
— — Die Behandlung von, Reid u. Boyden 816.
— — Die Leistungen einer Klinik für, Rhys 818.
— Erkrankungen. Der Lehrgang beim Unterricht über, Watson 818.
— — in Ägypten. Bekämpfung der — während des Krieges, Barrett 817.
Venerische Klinik. Einige praktische Anweisungen für die Führung einer —, Skinner 818.
Verbrennungen s. Nebennieren.
— Behandlung der — mit Paraffin, Hull 515.
— Der Frühtod bei, Neusa 838.
— Behandlung der, Jaensch 895.
— Syphilis vortäuschende — der Geschlechtsorgane durch toxische Gase u. Syphilis maskiert durch solche Verbrennungen, Gougerot u. Clara 990.
*Verfärbung der Haut. Über eine eigenartige — über den Venen der Vorderarme nach Anwendung von Chrysarobin, Fischer 582.
Verwandtschaftsehe s. Keratosis.
Vincentsche Angina. Die Wechselbeziehungen zwischen — u. peridentaler Gingivitis, Taylor u. Kinstry 818.
— — Über einen Fall von — mit Vortäuschung eines harten Schankers an der Mandel, Cornaz 994.
— Bazillen s. Ulzerationen.
Vitamine. Die Rolle der — in der Ernährung, Chick 841.
Vitiligo s. Dopareaktion.
— s. Weißfleckenkrankheit.
— u. Diphtherie, Jolivet 475.
— u. Syphilis von acht engl., franz. u. belgischen Militärärzten 597.
— Zur Ätiologiefrage der, Helle 813.
— Über einen Fall von — am Augenlid nach Verschüttung, Janzon 920.
— u. Quarzlampenbestrahlung, Nagelschmidt 976.
— Studien über den Einfluß der Lichtbehandlung auf, With 1018.
Vulvitis. Über zwei Fälle von —, welche durch Sekretansammlung in den Tysonschen Drüsen bedingt waren, Malcolm 816.
— erosiva, Driscoll 453.
Vulvovaginitis: Zur intravenösen Kollargolbehandlung d. kindlichen, Vollbrandt 798.
Vuzin s. Bartflechte.
— s. Wundinfektion.
— Erfahrungen mit, Wassertrudinger 857.

Warzen. Beseitigung von multipeln — am Gesicht, Jud 537.
— dasselbe, Wainwright 537.
Weicher Schanker s. Serum.
Weil-Felix-Bazillus. Zur Agglutinabilität des, Reis, van der 821.
Weintraud 842.
Weißfleckenkrankheit u. Vitiligo, Bunch 795.

Digitized by Google

*Wismut. Trichlorbutylmalonsaures — bei Ekzem, Taenzer 575.
Wundbehandlung. Ergebnisse d. offenen, Ulbrich 897.
— Über, Deutsch 896.
— — Hammer 492.
— Über antiseptische — und die Einwirkung einiger Antiseptika auf die Gewebe. II. Teil, Schoene 860.
— s. Ormizet.
Wunddeckung, die sekundäre, im Dienste der Wiederherstellungschirurgie, Walter 897.
Wunddiphtherie. Ein Fall von, Stöhr u. Süßmann 896.
— Zur Frage der, Hausen, von 896.
— — — — Kehl 896.
Wunden. Behandlung von — bei Infektion mit Bazillus pyocyaneus, Turner u. Richardoon 515.
— Sterilisierung der — durch Ionisierung in einer einzelnen Sitzung, Parin 492.
Wundinfektion. Die Bekämpfung der — in der Kriegs- und Unfallchirurgie durch die operativ-antiseptische Behandlung mit Ausschneidung u. Vuzineinspritzung, Goergens 897.
Wundliegen. Zur Pathogenese u, Behandlung des, Wieting 922.
Wurzelspitzengranulom s. Lymphadenom.

Xanthom. Histologische Veränderungen in einem Falle von generalisiertem papulösem, Spillmann u. Watrin 612.
— s. Cholesterinämie.
Xanthoma multiplex hereditarium, Hoffmann 474.
— tuberosum, Pinkus 976.
— — multiplex. Ein bemerkenswerter Fall von, Weber 793.
Xanthomatose s. Haut-.
Xanthome s. Leprome.
X-Stämme s. Serologie des Fleckfieberblutes.

Yperitis s. Arsenikvergiftung.

Zahnfleisch s. Schanker.
Zerasan. Über, Bassenge 859.
Zeugung beim Menschen, künstliche u. Anthropogenie, Rohleder 456.
Zilienzange. Eine neue, Thim 857.
Zirbeldrüsenteratom u. genitale Frühreife, Böhm 918.
Zoster intercostalis und motorische Symptome am Bauch, Söderbergh 895.
— s. Herpes.
Zunge. Die brennende, Engmann 453.
— s. Morbus mazulosis Werlhoffi.
Zungenkarzinom u. Diathermie, Nagelschmidt 976.
Zungenkrebs, Power 557.
Zungentuberkulose, Wichmann 470.
Zykloform. Über, Cornides 858.
— Über die Verwendung des — in der laryngo-rhinologischen Praxis, Soherr 858.
Zylinder u. Zylindroide, Possner 802.
Zylindroide s. Zylinder.
Zylindroma der Vulva im Aussehen an Botrymykom erinnernd, Thibierge u. Legrain 930.
Zystitis, blennorrhoische. Neosalvarsan bei, Baar 779.
— Ein Fall von amöbenhaltigem Urin mit, Wright 802.
— gangränöse, infolge von Gonokokkeninfektion, Morson 777.
Zystopyelitis. Zur Therapie der chronischen, Jedlicka 852.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten.

Abadie, Über die Wirkung der ununterbrochenen und prolongierten merkuriellen Einspritzungen bei gewissen Manifestationen der Syphilis 953.

*Abiméleh, Robert, Bemerkungen über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Konstantinopel 869.

Adamson, H. G., Sykosis und andere Staphylokokkeninfektionen der Haut und ihre Verbreitung 516.

— Betrachtungen über herdförmige oder Segmentnävi 789.

— Acne urticata u. andere Formen „neurotischer Exkoriationen" 790.

— Spezifische Überempfindlichkeit oder Allergie in Beziehung zu gewissen Eruptionen bakteriellen Ursprungs 792.

— Livedo reticularis 792.

— Ein Fall von multiplem ulzerierendem Basalzellenepithelioma mit zonenförmiger Verteilung u. möglicherweise von Schweißdrüsen ausgehend 793.

— Über multiple kleine Angiome: Angiokeratoma u. multiple Teleangiektasien 794.

— Punktförmige Keratosis der Hände u. Fußsohlen; zwei Fälle bei Verwandtschaftsehe vorkommend 795.

— Ein Fall von multiplem gutartigem Basalzellenepithelioma des Kopfes, mit einigen Bemerkungen über die Tumoren des Kopfes, gewöhnlich Endothelioma capitis und Sarkoma capitis benannt 795.

— Über den gegenwärtigen Stand der Heilimpfung 796.

— Über Schambergs spezielle progressive Pigmentkrankheit der Haut 796.

— Drei Fälle von Lichen planus bei Kindern 797.

— Keratoma blennorrhagica: ist sie eine Art von Psoriasis? 1019.

Agello, Abele, Primäres Sarkom der rechten Gaumenmandel, operiert von der lateralen Halsseite aus 933.

Ahmann, Gösta, Einige Gesichtspunkte zur Behandlung der kongenitalen Syphilis 873.

*Ahrens, Eduard, Eczema verrucocallosum nodulare (Prurigo nodularis) 825.

Aievoli, Eriberto, Botriomykosis beim Menschen 941.

Albanus, Über den Zusammenhang innerer und äußerer Nasenerkrankung 471.

Albrecht, Hans u. Funk, Sophie, Zur Behandlung der Blennorrhoe bei Frauen 799.

Alderton, H., Zwei Fälle von Schweißdrüsentumoren 791.

Alexander, Alfred, Das Auftreten äußerer heterosexueller Geschlechtsmerkmale bei Hypogenitalismus 818.

— Arthur, Zur Therapie der tiefen Trichophytien 939.

Allen, Edgar M., Zusammentreffen von Schwangerschaft und Tabes dorsalis 998.

Almkvist, Johan, Über Versuche mit ununterbrochener intensiver Behandlung der Syphilis 763.

— Die fortlaufende anstatt der intermittierenden Behandlung der Syphilis 873.

Altmann s. Herxheiner.

Anders, Über einen Fall von allgemeinen Kuhpocken mit tödlichem Ausgange 596.

André 982.

Anwyl, T., Papillom am Nabel durch Gonokokkeninfektion 777.

Apitzsch s. Weichardt.

*Appel, G., Dermatitis frontalis durch Hutlederersatz 775.

*— Zur Technik der Terpentinbehandlung von Hautkrankheiten 911.

Archibald s. Chalmers.

D'Arcy Power, Zungenkrebs 557.

Arndt, Multiple Lelomyome 554.

Digitized by Google

Arndt, Atypische Proliferation des lymphozytären Gewebes mit Lokalisation in der Haut 611.
— Lupus erythematodes acutus universalis 611.
Arneth, Über das Blutbild der Reizungsformen 841.
Arning, Eine neue Dermatose 899.
— u. Lippmann, Essentielle Cholesterinämie mit Xanthombildung 919.
Arnold, Karl, Beiträge zur Frage der Lupusbekämpfung 960.
— V., Über Neuritis optica als Spätsymptom bei Fleckfieber 594.
Arnstein, A., Gewerbliche Teer-Melanodermie 875.
Arzt, L. u. Fuhs, H., Über einen Mikrosporieherd in Wien 451.
— Spirochätenbefunde in Genitalveränderungen ungeimpfter Kaninchen 809.
— Über den derzeitigen Stand der Syphilisforschung u. Behandlung 979.
— u. Kerl, W., Beiträge zur experimentellen Kaninchensyphilis 451.
* — — — Zur Frage der Kaninchensyphilis 1047.
Aschner s. Bauer.
Ashby, H. T., Haarausfall nach Blitzeinwirkung 557.
Atiyoh s. Chalmers.
Atkinson s. Lockart.
Attinger, E., Beitrag zur Histologie der Dermatitis chronica atrophicans 932.
Axhausen, G., Über Aussichten der Appendixüberpflanzung bei der Hypospadieoperation 801.
Axmann, Zur Therapie des Lupus erythematosus 933.
— Lupusfürsorge im Schulalter 962.

Baar, Victor, Neosalvarsan bei blennorrhoischer Zystitis 779.
Bab, Hans, Methylenblausilber (Argochrom) als Antiblennorrhoikum beim Weibe 798.
Bachem, C., Antiseptika und Desinfizienzien 880.
Bachmann, Feststellung von Sporen in Hautschuppen 453.
Backer u. Capelle, Praktische Winke zur Durchführung u. Improvisierung der Sonnen- u. Freiluftbehandlung, überall 879.
Bacmeister, Adolf, Die Ausdehnungsfähigkeit des Herpes zoster 895.
Bader, Ernst, Die Arsentherapie der Syphilis bis zur Salvarsanära 760.
Baer, Arthur, Luisches Leberfieber bei einer 25jährigen auf kongenitaler Grundlage 995.
Bähr, Ferd., Ursache des Hautjuckens 883.
Barber s. White.
— s. Semon.
Barber, H. W., Behandlung der Psoriasis beim Heere 516.
— Ein Fall von akutem Lupus erythematosus 791.
— Ein Fall von Lupus erythematosus, verbunden mit Streptokokkeninfektion der Tonsillen 797.
— u. Knott, F. A., Ein Fall von rekurrierender, durch einen Diphtheriebazillus verursachter Hautulzeration 1018.
— u. Semon, H. C., Ätiologie u. Behandlung von seborrhoischen Ausschlägen 516.
Bardachzi, Zur Behandlung des Rotlaufs 912.
Baril u. Creuze, Vakzinebehandlung auch der akuten Blennorrhoe 798.
Barrett, J. W., Bekämpfung venerischer Erkrankungen in Ägypten während d. Krieges 817.
Barthélemy, R., Die endokrine hereditäre Syphilis: ihre Rolle in gewissen Dystrophien u. Degenerationen des Individuums u. der Art 992.
Baruch, Zur Ursache unangenehmer Nebenerscheinungen der Lumbalanästhesie, zugleich ein Beitrag zur Funktionsprüfung des Liquorsystems 842.
Bassenge, R., Über Zerasan 859.
Baudin s. Nanta.
Bauer, A. W., Heredofamiliäre Leukonychia und multiple Atherombildung der Kopfhaut 557.
— Adolf, Geschichtlich-physiologische Grundlagen zur Wiederbelebung der Krappanwendung 811.
— — Veränderungen des menschl. Harns unter Krappwirkung 811.
— G. u. Aschner, B., Über die Durchlässigkeit der Gefäße 837.
Baum, Röntgenschädigung der Haut der Hände 474.
Baumgärtel, Fr., Wassermann- und Sachs-Georgische Reaktion b. Syphilis 1038.
— Über „thermolabile" Ausflockung nach Sachs u. Georgi 1039.
Beatty, Wallace, Ein Fall von Folliculosis (Folliculitis) Decalvans und Lichen spinulosus 791.
— Ein Fall von Sporotrichosis 794.
Beck, K. F., Behandlung des Erysipels durch Einführung von Jodionen in die Haut (Jodiontophorese) 912.
— Sam., Haarausfall nach Influenza 935.
Becker, Quarz- u. Kohlenlicht in der Behandlung eitriger Erkrankungen der Haut und deren Anhänge 496.

Digitized by Google

Becker, Erich, Eine empfehlenswerte Methode für Spirochätenfärbungen 1001.
*— Heinr., Über Terpentinölbehandlung (Klingmüller) mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung in d. Dermatologie 459 u. 481.
Beity, Friedr., Injektionsspritze für intravenöse Injektionen von Silbersalvarsannatrium usw. 860.
Bender, Willy, Die Variolabehandlung mit Kaliumpermanganat 955.
Benecke, Über die spezifischen Gefäßerkrankungen bei Syphilis und bei Nikotinvergiftung 982.
Benians, T. H. C., Die Beziehungen des Staphylococcus albus und des Aknebazillus von Epidermis u. die Absonderungen der Haut — mit spezieller Beziehung auf die Veränderungen bei Acne vulgaris 791.
*Bennigson, Walther, Über die Behandlung der Angina Plaut-Vincent mit Salizylsäure 888.
Bernhardt, E., Ein Fall von Jododerma tuberosum 862.
Bérczi, Al., Epidermolysis bullosa hereditaria 900.
Berel, Die Gitterfasern der Leber bei kongenitaler Syphilis 998.
Bergeron, A. u. Normand, E., Zur Verwendung einer natürlichen kalorimetrischen Stufenleiter bei der W. R. 757.
Bernier, R., Die blennorrhagischen Schanker 987.
Bethcke, Fritz, Das Haarkleid des Rindes 820.
Bettmann, Über jahreszeitliche Schwankungen von Hautkrankheiten 842.
— Bemerkungen üb. eine dch. Schweinslederersatz hervorgerufene Dermatitis 876.
— Die Anamnese der Syphilitiker 978.
Bierich, R., Über Skorbut 498.
Bihlmeyer, G., Exanthem b. kindlichem Diabetes 841.
Billard, G., Die natürlichen Mineralwässer mit Jodzusatz in bezug auf ihre antiseptischen und zytophylaktischen Eigenschaften 491.
Bizard, Leon u. Blum, Paul, Die blennorrhoische Urethritis bei d. Frau 993.
Blake, E. M. u. Lane, J. E., Gumma der Sklera 616.
Bloch s. Burnier.
— J., Zeitschriftenwesen und Geschichte der Medizin. Unna-Festschr. 730.
— M. u. Schulmann, E., Bemerkungen über einige Fälle von Gangrän der Penishaut 953.
Blum s. Milian.
— s. Bizard.
Blumenthal, Reaktion bei Lupus erythem. nach Ponndorfscher Tuberkulinimpfung 474.
— Franz u. Haupt, Asta v., Immunisatorische Vorgänge bei der Trichophytie des Menschen 940.
Boas, Harald, Ein Fall von Dermatitis herpetiformis mit Psychose 451.
— u. Thausen, Oluf, Prophylaktische Vakzineinjektionen bei Blennorrhoe.
*— Ein seltener Fall von Antipyrinexanthem 479.
Bodin, E., Vier Fälle von Acrodermatitis suppurativa continua (Hallopeau) 814.
— Die Behandlung des schankrösen Bubo nach der Fontanschen Methode 814.
Böhm, E., Wirbeldrüsenteratom u. genitale Frühreife 918.
Böing, H., Die Dauer des Impfschutzes 956.
— Zur Färbung der Guarnerischen Körperchen 957.
Boenninghaus, Georg, Der Drüsenkrebs des harten Gaumens 933.
Bohland, K., Nitrobenzolvergiftung dch. Einatmen eines Läusemittels 861.
Bollag, Simon, Über Hauttuberkulose im höheren Alter 978.
Bonne, C., Drei mit Tartarus emeticus behandelte Fälle von Granuloma venereum 534.
Bonnet s. Levy-Bing.
— u. Morenas, Pityriasis rubra pilaris 900.
Bonney, V. u. Browning, C. H., Sterilisierung der Haut u. anderer Oberflächen durch eine Mischung von Kristallviolett und Brillantgrün 491.
Bornstein, Neues zur Jod- u. Brombehandlung 493.
Bory, L., Zur Ätiologie der Psoriasis (Kritik der verschiedenen Theorien) 899.
— Beitrag zum Studium des parasitären Ursprunges der Psoriasis 899.
— Die gegenwärtige Behandlung der Krätze 942.
— Die Allgemeinbehandlung der Syphilis 1040.
— Die Behandlung der konzeptionellen u. infantilen Syphilis 1040.
Boudet, G., Die Ischiatikusneuralgie syphilitischen Ursprungs 995.
Boutelier s. Thibierge.
Bouveyron, Beitrag zum Studium der Wirkungen der intramuskulären Einspritzungen von Enesol auf die verschiedenen Lokalisationen der Gonokokken 992.

Digitized by Google

Bowen, Dermatosen als Vorläufer des Hautkrebses; d. weitere Verlauf zweier schon früher berichteter Fälle 453.
Boyden s. Reid.
Braemer, Erich, Zur Kasuistik der Purpura haemorrhagica mit Blutplättchenmangel 892.
Brandt s. Kyrle.
— s. Mras.
Brauer, A., Nochmals ein Fall von sogenannter Dermatitis dysmenorrhoica beim Manne 833.
Braun, Günther, Über einen Fall von sehr starker ausgedehnter Sklerodermie mit hochgradigen Veränderungen der Hände und Füße sowie über die Beziehungen der Sklerodermie zu den vasomotorisch-trophischen Neurosen u. der Lehre der inneren Sekretion 538.
Braun, H. u. Salomon, R., Die Fleckfieber-Proteus-Bazillen (Weil u. Felix) 596.
Brechmeyer, W., Über Dunkelfärbung nachwachsender Haare bei Alopecia areata 935.
Breiger, Die Heilwirkung des Lichtes auf die Geschlechtskrankheiten 855.
*Brenning, Ein Fall von Dermatitis durch Spargelsaft 851.
— u. Hautsch, Über Pemphigusbehandlung mit Terpentininjektionen 812.
Bressler, v., Multiple extragenitale Primäraffekte 611.
Brette s. Cade.
Brinitzer, Epidermolysis bullosa hereditaria 470.
Brogli, Alfons, Beitrag zur Behandlung des Erysipels 533.
Brown, W. H., Eine klinische Studie einiger pyogener, in Frankreich beobachteter Hautveränderungen 793.
— Kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie 794.
— Dujardin u. van Haecke, Vitiligo u. deren Beziehung zu erworbener u. ererbter Syphilis 795.
— u. Davidson, A. M., Ein Fall von blennorrhoischer Keratose 777.
— u. Hargreaves, H., Ein Fall von blennorrhoischer Keratosis 793.
Browning s. Bonney.
— C. H. u. Kennaway, E. L., Die Komplementfixationsprobe bei Syphilis 796.
Bruce, John, Behandlung der Skabies mit Schwefeldämpfen 793.
Bruck s. Hirsch.
*— Karl, Über spezifische Behandlung u. Diagnose der Gonorrhoe 602.
*— Zur intravenösen Behandlung gonorrhoischer Prozesse mit Trypaflavin u. Silberfarbstoffverbindungen 908.
Bruck u. Sommer, A., Über die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat 809.
— W., u. Hirsch, H., Über Porokeratosis Mibelli 833.
Bruhns, Fall von Lymphangiom 976.
Bruusgaard, E., Über kongenitale Syphilis in der zweiten Generation 872.
Bucura, Wiederholter Gonokokkennachweis bei einer Frau ohne Krankheitserscheinungen 762.
Bürger, Leopold, Tödliche Vergiftung nach Behandlung d. kindlichen Krätze mit β-Naphthol nebst Ausführungen über das Wesen d. Naphtholvergiftung 490.
Bunch, J. L., Morphoea guttata 790.
— Paraphanylendiamendermatitis 791.
Bunch, J. L., Weißfleckenkrankheit und Vitiligo 795.
Burnier u. Bloch, M., Angiom des Gaumens 953.
Busch, A., Geschlechtskrankheiten in deutschen Großstädten 457.
Buschke, Nävokarzinom der Nabelgegend 473.
— Phagedänischer Schanker 473.
— Pseudoleukämie 473.
— Naevus pigmentosus 611.
— Karzinom auf einem Spätsyphilid 611.
— A., Merkblatt über Hautpilzerkrankungen, insbesondere über Bartflechten und scherende Flechten 939.

Cade u. Brette, Syphilitische Stenose der Trachea 994.
Cantlie, J., Bäder und das Baden; ein Vergleich zwischen britischen und tropischen Methoden 496.
Capelle s. Backer.
Carlill, H., Über den Zusammenhang zwischen Herpes zoster und Arsenik 514.
Carter, H. S. u. Shefford, A. D. E., Über den Wert der Ionisierung zur Behandlung gewisser Arten von Gesichtsnarben 491.
Castel, J. du, Syphilis der Leber, Perihepatitis u. Komplikationen in der Nachbarschaft 988.
— Die Arrhythmien der sekundären Syphilis 990.
Castellani, A., Bemerkungen über verschiedene auf dem Balkan u. an der Adria anzutreffenden tropischen Krankheiten 533.
Cemach, A. J., Das Quarzlicht im Dienste der Ohrenheilkunde 877.
Chabeaux, M., Einige neue Gedanken über die Spirochaeta pallida 1001.

Digitized by Google

Chajes, B., Die Pilzerkrankungen der menschlichen Haut 937.
— Bartflechtentherapie mittels Sterilin 938.
Chalier, J., Mitralinsuffizienz u. Raynaudsche Krankheit 489.
Chalmers, J. A. u. Atiyoh, S., Akanthokeratodermia praecornufaciens 517.
— u. Kamar, A., Keratodermia punctata 518.
— — — Weitere Bemerkungen über Keratodermia punctata 518.
— u. Innes, A., Scharlachähnliche Hautausschläge in den Tropen 578.
— u. Archibald, R. G., Universelle Vakzinia bei Eingeborenen im Sudan 578.
— — — Umschriebene gangränöse Vakzinia 592.
Chatellier, Syphilis; Tod durch Neosalvarsan 815.
Chevalier, P., Praktische Behandlung der weiblichen Blennorrhoe 778.
Chiari, Richard, Zur Klinik d. Fleckfiebers 593.
Chick, Harriette, Die Rolle der Vitamine in der Ernährung 841.
Christian, Henry A., Viszerale Störungen bei Patienten mit Hauterscheinungen der Erythemgruppe 894.
Christopherson, J. B., Bericht über Erfolge mit der intravenösen Injektion von Antimoniumtartarat bei einem Falle von Espundia — naso-oraler Leishmaniasis — und 3 Fällen von Kala-Azar 535.
Civatte s. Hudelo.
— A., Multiple Tumoren des behaarten Kopfes 932.
Clara s. Gougerot.
Clark, G. H. u. Raper, H. S., Behandlung der Krätze mittels Chlorgas 577.
Clements, P. A., Ein Fall von intraurethralem Primärsyphilid 616.
Coad, J. A., Adrenalin bei angioneurotischem Ödem 498.
Cobbett, L., Ein aus einem pustulösen Ausschlag gewonnener, säurefester Bazillus 488.
Cockayne, E. A., Akute Striae atrophicae, auf Influenzapneumonie folgend 796.
Coerper, C., Beitrag zur Klinik des Erythema infectiosum 894.
Cohn, Else, Über Akroasphyxie 892.
Cole, H. N., Die Hauterscheinungen der Hodgkinschen Krankheit: Lymphogranulomatosis 934.
Cole u. Crimp, Bericht über zwei Fälle von idiopathischem hämorrhagischem Sarkom (Kaposi), der erste kompliziert mit lymphatischer Leukämie 454.
Colm, Theodor, Über Syphilis der Prostata 614.
*Colmann, Herbert u. Kron, Walter, Funktionsprüfungen der Niere bei Salvarsanbehandlung 1003.
Corben, C., Jodtinktur bei Varizellen 592.
Corbett, Dudley, Ein Fall von Lymphadenoma mit Hautveränderungen 793.
Mac Cormac, Primäre u. sekundäre Impetigo bei Soldaten 516.
— H. u. Small, W. D. D., Skabiesbehandlung im Felde 577.
— Zwei Fälle von akuter Streptokokkennekrose der Haut u. des subkutanen Gewebes 793.
— u. Pellier, C. de, Ein Fall von Porokeratosis 795.
Mc Cormac, Henry, Hautkrankheiten u. deren Behandlung unter d. Kriegsverhältnissen 793.
Cornaz, G., Über einen Fall von Vincentscher Angina mit Vortäuschung eines harten Schankers an der Mandel 994.
Cornides, J., Über Zykloform 858.
Mac Coy, Keratosis durch Sonnenlicht u. Hautkrebs 453.
Cramer, Johannes, Zur Kasuistik d. syphilitischen Schilddrüsenentartung 614.
Creuzé s. Baril.
Cripps, Lucy, Die Eigenschaften des Tetryls, soweit sie den menschlichen Körper betreffen können 793.
Culver, Klinische Studie über Lichen planus 453.
Cuthbert, C. Firmin, Fall von Granuloma venereum 755.
Czech, Adolf, Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Elefantiasis mittels Haudlers u. Kondoleons Methode 914.

Danysz, J., Die antianaphylaktische Behandlung des Asthmas und gewisser Dermatosen 492.
Darier, Ein Fall von in Paris übertragener Creeping disease 813.
Darier, Krebs der Bowenschen Dermatose 475.
— u. Hallé, Gutartige Kiemengangzysten 474.
— J. u. Semon, H. C., Ein Fall von hyperkeratotischem lineärem Nävus mit einigen Bemerkungen über dessen mikroskopische Striktur 795.
— u. Périn, L., Dystrophia papillaris et pigmentosa. Ihre Beziehungen zur Abdominalkarzinose 932.

Digitized by Google

David u. Hecquet, Ulzerationen im Munde u. Pharynx in Verbindung mit Vincentschen Bazillen 836.
Davidsohn, Heinrich, Über die Hutchinsonschen Zähne 841.
— s. Brown.
Davis, Halden, Ausgedehnte Eruption nach prolongierter Anwendung organischen Arseniks 755.
— Fall von Granuloma annulare 755.
Dean, C. W., Ein mit Vakzine erfolgreich behandelter Fall von Aktinomykose 558.
Dechomme s. Cordier.
Decker, Ludwig, Über fünf Fälle von Arthigonbehandlung bei Augenerkrankungen 781.
Decrop u. Salle, Beitrag zum Studium der erworbenen Syphilis des Kindes bei den marokkanischen Eingeborenen: Häufigkeit, primäre und sekundäre Formen 991.
Degrais, Radiumbehandlung der professionellen epitheliomatösen Radiodermatitiden 930.
Delbanco, Parapsoriasis guttata Brocq 449.
— Dermatitis herpetiformis 470.
*— E., Eine Erinnerung an Paul Tänzer 553.
— u. Unna jr., P. G. Unnas Lebenslauf 621.
*— Ernst, Zu Zimmerns Bemerkungen u. zur Abortivbehandlung d. Syphilis 905.
Denecke, Gerhard, Fünf atypische Fälle von Erythema nodosum 894.
Donney, Oswald E., Statistische Studie über Lepra auf den Philippinen. Nach den Krankengeschichten von 10000 in der Culion-Leprakolonie isolierten Fällen 597.
Dermatologische Ratschläge für d. Praktiker (Joseph, Max) 895.
Derveux s. Levy-Bing.
Deschwanden, Felix v., Über Elefantiasis scroti beim Hunde 914.
Deutsch, Hugo, Über Wundbehandlung 896.
*Deutschländer, Karl, Zur luetischen Genese angeborener Defektbildungen 783.
Doer, R. u. Pick, R., Das Verhalten des Fleckfiebervirus im Organismus des Kaninchens 958.
Doerr, R. u. Schnabel, A., Experimentelle Untersuch. über Infektion u. Immunität bei Fleckfieber 594.
Dold, Hermann, Weitere Studien über die Ätiologie der Sprue 535.
— Über die Ursache des sogenannten Hongkongfußes („foot tetter"; „Dermatitis rimosa of the toes"; Dermatitis bullosa plantaris) 576.
McDonagh, J. E. R., Kolloide bei Syphilis 758.
— Die chemotherapeutische Behandlung der Blennorrhoe 780.
— Theorie u. Praxis der Chemotherapie 792.
— Die Wirkung u. Rolle der Kolloide in der Chemotherapie 793.
— Behandlung einiger Hautkrankheiten, begründet auf der Oxydations- und Reduktionstheorie 794.
— Frühzeitige Nervensyphilis n. Arsenobenzol 797.
— Die Beziehungen zwischen Arsenikvergiftung u. Yperitis 1020.
O'Donovan, W. J., Morphaea des Gesichts 791.
Dorones, H., Zusammentreffen v. Herpes zoster und Varizellen 514.
Dove s. Weber.
— S. E., Fall von multiplen Pigmentmälern 755.
— Ein Fall von Hauttuberkulose, auf Tätowierung folgend 794.
Dreyfuß, G. L., Spirillotoxische und arsenotoxische zerebrale Reaktionen n. Salvarsan 997.
Driscoll, Vulvitis erosiva 453.
Dubreuilh, Epidemisch auftretendes Hautjucken bei Asiaten 474.
Ducrey, E., Über den Nachweis des pigmentbildenden Oxydationsfermentes im Hautbrei und in Hautextrakten 478.
Dümichen, Ernst, Die Veränderungen des Magenchemismus bei Rosacea cum Acne u. Acne varioloformis 898.
Dürig, Zur Behandlung torpider Geschwüre 856.
Dujardin s. Brown.
Dunbar, W. P., Über den Nutzen der Vakzination bei Typhus 959.

Eichhorst, Die Beziehungen der Koronararterien zum Herzmuskel 982.
Eicke, H., Vergleichende Untersuchungen zwischen der WR im Liquor u. den Flockungsmethoden nach Hermann Perutz und Sachs-Georgi 1021.
Einstoss, Eduard, Über Scharlachrezidive 577.
Eiselt, R., Pityriasis rosea (Gibert) und ihre Beziehungen zur Tuberkulose 853.
Eisler, Salhyrsin 852.
— F., Die Therapie des Erysipels mit Ichthyol 854.
Eitel, Wilhelm, Über Ekthyma gangraenosum mit zwei klinischen Beiträgen 898.

Digitized by Google

Eitner, Ernst, Über Unterpolsterung der Gesichtshaut 880.
Eliascheff, Olga, Pigmentierte Flecken u. Tumoren der Haut bei einem Epileptiker. Zweifelhafter Fall von „Lepromen" oder „Xanthomen" oder wahrscheinlich „Sarcomatosis Kaposi" 613.
Eltz, Robin von, Über einen Fall von Mycosis fungoides 934.
Emmerich u. Hallenberger, Sind Trypanosomiasis u. Syphilis verwandte Krankheiten? 979.
Engleson, Hugo, Über die Anwendbarkeit des Gelargins in der Gonorrhoetherapie 810.
Engmann, Die brennende Zunge 453.
— u. Weiss, Monolia-candida-Infektion des Mundes 453.
Enste, Wilhelm, Die Bedeutung der WR für die Feststellung der Ätiologie der Augenerkrankungen 756.
Epstein, E., Zur Theorie der Serologie des Fleckfieberblutes und zur Frage der Spezifizität und ätiologischen Bedeutung der X-Stämme 596.
Evans, W. S., Behandlung des Ulcus orientale 534.

Fahr, Th. u. Reiche, F., Zur Frage des Morbus Addison 918.
— Zur Frage der Nephrose 816.
Fantl, Gustav, Papillomatosis cutis maligna 834.
Fässler, Josef, Zur Symptomatologie und Differentialdiagnose der Akrocyanosis chronica 893.
Fearnsides, E. G., Über Frostbeulen 790.
Federschmidt, Einige Mitteilungen über gehäuftes Auftreten von Pediculus vestimenti unter der Bevölkerung Nürnbergs im Jahre 1919 941.
Fehsenfeld, Erfahrungen mit d. Langeschen Goldreaktion 1001.
Feley s. Moore.
*Felke, H., Zur Praxis des Luesnachweises durch Ausflockung nach Sachs-Georgi 519.
— Über einen Fall von Orientbeule, zugleich ein Beitrag zur Histologie derselben 834.
— u. Wetzell, C., Erfahrungen mit der Reaktion nach Sachs-Georgi 1002.
Fenwick, P. C., Zwei tödlich verlaufende Fälle von Icterus gravis nach Injektionen von Novarsenobillon 759.
Fèvre, Jodmedikation mit freiem kolloidalem Jod 859.
Fick, Johannes, Anatomie u. allgemeine Pathologie, Unna-Festschr. 657.
*— Wie häufig sind unscheinbare, rasch verschwindende Initialsklerosen? 1034.
Finger, E., Die soziale Bedeutung und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 817.
— Überempfindlichkeit u. Immunität bei Geschlechts- u. Hautkrankheiten 840.
Fischer, Fall von pityriasiformem Favus der Kopfhaut mit Nagelfavus 977.
*— H., Über eine eigenartige Verfärbung der Haut über den Venen der Vorderarme nach Anwendung von Chrysarobin 582.
— Oskar, Erfolgreiche Behandlung eines Falles von chronischem Nasenrotz mittels Autovakzine 917.
— Walter, Einiges über den Mongolenfleck 537.
— u. Shen Chen Yü, Kurzer Beitrag zur Kenntnis des Mongolenflecks 537.
Fischl, Friedrich, Klinischer Beitrag betreffend die Beziehung von Hypothyreose zu dystrophischen Veränderungen der Haut 832.
— Spirochäten bei Erythema nodosum der Syphilitiker 981.
— Kasuistischer Beitrag zur Frage der Organotherapie der Spirochacta pallida 1039.
Fitzgerald, J. G. u. Robertson, D. E., Bericht über einen Ausbruch von diphtherischer Wundinfektion unter zurückgekehrten Soldaten 897.
Flesch, J., Über Arsoferrinbehandlung 857.
Floer, Lokale Anästhesie durch Injektion von Anaesthesin solubile (Subkutin) 861.
Floercken, H., Zur Operation der Varizen 893.
Fogarty, J. P., Die Behandlung der akuten Blenorrhoe, Tamponade und Massage 780.
Fonio, Einige kritische Bemerkungen zu den Klingerschen Studien über die Hämophilie 892.
Foott, G. H., Behandlung der Skabies 577.
Forster, A., Zur Morphogenese des Epikanthus und der Faltenbildungen der Haut in der Nasenwurzelgegend 487.
Fouriner, J. C. Mussio, Dercumscher Symptomenkomplex durch syphilitischen Hypoovarismus 988.
Fox, Thomas Colcott † 792.
Franz, R., Über die Leuchtsondenbehandlung der weiblichen Blennorrhoe 779.
Freudenberg, A., Zur Pathogenese der Miktionsstörungen bei Tabes nebst kurzen Bemerkungen über einige Fälle von operativer Behandlung derselben 997.

Digitized by Google

Freund, Zur Genese u. Therapie der Keloide 920.
— Gustav, Über die Verwendung von Ormizet in der chirurgischen Wundbehandlung 897.
— Hans, Über Enesol (salizyl-arsensaures Quecksilber) als Injektionsmittel gegen Syphilis 1041.
— Leopold, Eine neue Behandlungsmethode des Lupus vulgaris 962.
Freyer, P. J., Totalausschälung der Prostata 801.
Fricke, Kurt, Zur Frage der Raynaudschen Gangrän post partum 497.
Fried, Otto, Zwei Anmerkungen zur Behandlung von Hautflecken (Pityriasis rösea u. Trichophytie) 939.
Friedberger, E. u. Reis, Victor van der, Über ein besonderes Verhalten der Haut Fieberkranker 955.
Friedenthal, H., Unna als biologischer Chemiker 653.
— Über Abkömmlinge des Karbols als Mittel zur äußeren Desinfektion 881.
Frosch, P., Die Methode des dicken Tropfens in Anwendung auf die Opsoninbestimmung 836.
Fuchs, Josef, Über Trichosen, besonders die der Julia Pastrana I. 935.
Fuchs v. Wolfring, S., Zur Geschichte der Spirochätenforschung: 1. Morphologie der Syphilisspirochäte, 2. Züchtungen der Syphilisspirochäte 456.
Fülleborn, Das Küstenerysipel Guatemalas und die Beziehungen der Filarien zur Elefantiasis 449.
— Gangosa (Rhinopharyngitis mutilans) 449.
— Hautmaulwurf 449.
Fuhs s. Arzt.
Funk s. Albrecht.

*Galewsky, E., Über die Behandlung von Pyodermien und ähnlichen Affektionen mit „Staphar" (Maststaphylokokkeneinheitsvakzine nach Strubell) 599.
Gallerand s. Ravaut.
Gallus, Edwin, Behandlung der blennorrhoischen Augeneiterung der Neugeborenen mit Airol 778.
Gambier, Zusammensetzung eines Necessaires für individuelle Prophylaxe 988.
Gans, O., Spezielle Pathologie, Unna-Festschr. 677.
Gärtner, Wolf, Zur Frage der Infektiosität der latenten Syphilis 1000.
Gasbarrini, Über die Färbung der Tuberkelbazillen mit alkoholischem, milchsaurem Methylenblau 820.
Gastinel u. Legrain, Schanker des Zahnfleisches bei einem Zahnlosen 612.
Gastou, Fall von polymorpher Eruption auf Grund des Zusammentreffens verschiedener Krankheitsursachen 931.
— Fall von Pian bei einem anamitischen Kolonialarbeiter 953.
Gate, J. s. Nicolas, J.
Gawalewski, K., Zur Frage der Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen 852.
Gehrmann, Kalzan bei Hautkrankheiten 813.
Georgi s. Sachs.
Gerbay s. Levy-Bing.
Gerson, Dora, Zur Lichtbehandlung des Lupus, besonders über das Verfahren von Bessunger 878.
— M., Zur Ätiologie der Addisonschen Krankheit und der Sklerodermie 536.
Gibson s. Jones.
— R., Defluvium capillorum nach Influenza 557.
— Behandlung der Syphilis im Frühstadium 759.
Gilbert, Gerhard, Zur Prognose der Chromatophorome (Melanosarkome) 935.
Gins, Über die Verbreitung der Pocken in Deutschland u. Österreich seit Kriegsausbruch 956.
— H. A., Über Beziehungen zwischen Tier- u. Menschenpocken 956.
— Bemerkungen zu der Arbeit von Anders: Über einen Fall von allgemeinen Kuhpocken mit tödlichem Ausgang 956.
— Weitere Versuche über das Kreisen des Vakzinevirus 957.
*Glass, E., Zur operativen Behandlung des Leistenhodens 928.
Goergens, Die Bekämpfung der Wundinfektion in der Kriegs- u. Unfallchirurgie durch die operativ-antiseptische Behandlung mit Ausschneidung und Vuzineinspritzung 897.
Gohrbandt, Erwin, Ein Fall von postkonzeptioneller Syphilis 617.
Golay, J., Eine vereinfachte Fixationsmethode für das hämolytische System 1022.
Goldberg, Chana, Klinische u. histologische Untersuchungen bei Lues cerebri 615.
Goldschmidt, Gustav, Die Hautkrankheiten nach Ersatzschmierölen u. Ersatzvaseline 875.
Goldschmied s. Hubalek.
Golodetz, L., Die Wertung der Sauerstofftherapie Unnas 655.
Goodall, E., Ein Fall von symmetrischer Gangrän (Raynaudsche Krankheit) 538.

Digitized by Google

Goodmann, Ulzerierendes Granulom der Schamgegend 453.
— H., Unverschuldeter syphilitischer Zahnschanker 981.
Goodpasture, E. W., Eine saure Polychrom-Methylenblaulösung für schnelle u. Spezialfärbung 821.
Gordon, G. S., Drei Fälle von Ureterenverlegung.
Gottron, Sklerose der Unterlippe mit retropharyngealer Lymphdrüse 474.
*— H., Zwei Fälle von primärer und sekundärer Lues mit retropharyngealer Lymphdrüsenschwellung 769.
Gougerot, Über die Ansteckungsfähigkeit der Krätze. Die gegen die Krätze Refraktären. Die „Keimträger" 953.
— Versuch einer vervollkommneten Reglementation für die Übergangsperiode 987.
— Die drei Verfahren der Prophylaxe „après" u. drei Modelle von individuellen prophylaktischen Necessaires 988.
—, Levy, Léon u. Clara, Zwei syphilitische Schanker von seltener Lokalisation: Schanker des Telephonisten u. Schanker des Kochs 988.
— u. Clara, Verruköse papulöse Epidermitiden an den Geschlechtsorganen bei Blennorrhoikern 989.
— — Syphilis vortäuschende Verbrennungen der Geschlechtsorgane durch toxische Gase u. Syphilis maskiert durch solche Verbrennungen 990.
— Protargol-„Crayons" für die individuelle Prophylaxe 991.
Gräfe s. Pfeiler.
Graetz, Fr., Über dem Einfluß der Temperatur auf das Komplementbindungsvermögen bei der WR u. seine Bedeutung für die Serodiagnostik der Syphilis 1037.
Gray s. Wilson.
— M. H., Ein Fall von tumorähnlichem Schanker am Oberschenkel 798.
— M. W., Herpes zoster u. Varizella 514.
Grossfeld, H., Über Onychodystrophie nach Fleckfieber 957.
Grossi, Ein Fall von Angioma neuralgicum 921.
Gruchalla-Wesierski, Theodor v., Über einen Impetigo herpetiformis ähnlichen Fall 901.
Grünbaum, R., Behandlung der Perniones mit Diathermie 895.
Gruss, R., Traumatische Purpura 891.
Gudemann, Anton, Zur Kenntnis der Erythrodermia perstans maculosa 899.
Guizzetti, P., Über einige Typen von im Lagerleben beobachteten Simulationen von Hautkrankheiten 875.
Gunn, G., Varizella u. Herpes 592.
Gutensohn, Max, Zur Frage der Frühbehandlung der Syphilis 1040.
Guthfeld, Lisbeth, Zur Kenntnis des Impetigo herpetiformis 901.
Guthrie, J., Die operative Wiederherstellung der Urethra bei Fällen von hochgradiger oder undurchgängiger Striktur 800.
Guttmann, D., Zur Behandlung der Erfrierungen im Felde 514.

Haas, Elsbeth, Beiträge zur Serologie u. Klinik der kongenitalen Lues 615.
Haberland, Strittige Fragen bei dem toxischen Gasbrandödem 915.
Habermann u. Sinn, Wie ist die radikale Frühheilung der seropositiven Primärsyphilis u. der frühsekundären Syphilis am sichersten zu erreichen? 835.
van Haecke s. Brown.
Hainiss, Elemér, Über scharlachartige Exantheme bei Grippe und über Grippe-Krupp 594.
Hainsworth s. Nicholson.
Hallé s. Darier.
Hallenberger s. Emmerich.
— O., Über den diagnostischen Wert des Blutbildes bei Pocken 597.
Hamburger, R., Therapeutische Erfahrungen mit der Quecksilber-Quarzlampe bei Kindern 878.
Hamilton, G. R., Eine Syphilisfamilie 1019.
Hammer, F., Über Wundbehandlung 492.
— Tödliche Quecksilbervergiftung nach antivariköser Sublimatinjektion 493.
Hammerschmidt, Joh., Über die Herkunft der Guarnierischen Körperchen 957.
Hammesfahr, C., Zur Frage der Reflexanurie 1020.
Hannig, Hans, Über Hautmilzbrand 916.
Hans, O., Regionäres Ödem der Haut bei Abdominalerkrankungen 891.
Hansemann, D. v., Über den Entzündungsbegriff mit besonderer Berücksichtigung der trüben Schwellung u. fettigen Degeneration 839.
Hantsch s. Brenning.
Hargreaves s. Brown.
Harlisse, Bruno, Über Rektalblennorrhoe 776.
Harms, Zur Tuberkulin- u. Strahlentherapie der Lymphdrüsen- u. Lungentuberkulose 960.
Hartzell, Zwei ungewöhnliche Fälle von Trichophytie, von denen der eine durch einen in rosa Kulturen wachsenden

Digitized by Google

Pilz (Trichoph. rosaceum) verursacht ist 452.
Hasebroek, K., Über die Pathogenese der kongenitalen Varizen 893.
Haslund, Paul, Radiumbehandlung des Lupus vulgaris 792.
Hassmann, Bruno, Ein Fall von Kalomelexanthem 1042.
Hatiegan, J., Beiträge zur Symptomatologie der Ödemkrankheit 513.
Hauck, Einfluß der Temperatur auf die Sachs-Georgische Ausflockungsmethode bei Syphilis 1037.
— L., Vorschlag zur Verhütung luischer Infektionen bei Hebammen u. Gebärenden 1000.
— Die Bedeutung der Sachs-Georgischen Ausflockungsmethode für die Serodiagnose der Syphilis 1021.
Haucken, Wilh., Zur Therapie des Gasödems u. der Sepsis 914.
Hauptmann, Neuere Spirochätenforschungen bei Paralyse 1001.
Hausen, Joachim von, Zur Frage der Wunddiphtherie 896.
Haworth, H. D., Die Behandlung der blennorrhoischen Arthritis mit sensibilisierter Gonokokkenvakzine 779.
Hayner, Die Stollenblase 800.
Hazen, Henry H., Hautkrankheiten 856.
— Die Röntgenstrahlenbehandlung der Acne vulgaris 902.
Head, H., Krankheit und Diagnose 489.
Hebel, Gundobald, Tabes dorsalis und Paralyse in ihren Beziehungen zur WR 757.
*Hecht, Hugo, Über fixe Salvarsanexantheme 805.
Hecquet s. David.
Hedenius, J. s. Strandberg, J.
Hegler, Ulcus tropicum 450.
Hein, Psoriasis pustulosa 554.
Heinrich, Richard, Hautveränderungen während der Menstruation, mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von Urtikaria 893.
Heise, Über die Hämorrhoidalkrankheit und ihre Behandlung mit „Recto-Serol-Merz“ 892.
Helle, Zur Ätiologiefrage der Vitiligo 813.
Heller, Statistik von Paralysefällen 555.
— Welche Salvarsandosen sind eben ausreichend bei der Behandlung einer seropositiven Lues? 612.
— Zirkumskripte Sklerodermie 975.
— Tierfellnävus u. etwa 600 kleine Naevi pigmentosi 976.
— Téléangiectasies généralisées essentielles acquises 976.
Heller, Kannten die deutschen Studenten an der Wende des 15. Jahrhunderts die Syphilis u. die Ansteckungsfähigkeit der Geschlechtskrankheiten? 999.
— Julius, Schwere Arsenmelanose und Hyperkeratose nach Neosalvarsaneinspritzungen 758.
— Erfahrungen mit der medikamentös-chirurgischen Behandlung der Trichophytie 938.
Helm, Max, Zur Symptomatologie seltener Formen der Syphilis des Zentralnervensystems 617.
Helwig, E., Über einen Fall von Exanthema menstruale angioneuroticum 497.
Henkel, Max, Zur Nabeldiphtherie bei Neugeborenen 898.
Herkenrath, Peter, Über Erythema exsudativum multiforme im Anschluß an infektiöse Dermatosen 894.
Herxheimer, K., u. Nathan, E., Über Glyzinal, ein neues Glyzerinersatzmittel 490.
— u. Altmann, K., Über Liquor carbonis detergens 856.
— S., u. Roscher, W., Über Hautveränderungen bei Nephritis usw. 489.
Herz, A., Unnas Anteil an der bakteriolog. Erforschung der Haut 688.
Hesse s. Läwen.
— Franz, Beitrag zur Kenntnis der Psychosen bei Lues cerebrospinalis 998.
— Max, Die Jarisch-Herxheimersche Reaktion 761.
— Walter, Der jetzige Stand der Therapie der Syphilis in ihren verschiedenen Stadien 1040.
Hessler, Josef, Pharmakologische und klinische Untersuchungen über Laneps 857.
Heyl, Werner, Intravenöse Injektion undurchsichtiger Flüssigkeiten 860.
Heyn, Salvarsandermatitis 473.
— Chronische universelle exfoliative Erythrodermie 474.
Hézain, De, Das Kupfersulfat in der Therapie 491.
Hill, A. A., Pedikuli der Augenwimper 577.
— H. W., Pockenschutzimpfung durch Punktion 578.
Hillenberg, Über die Verbreitung u. Bekämpfung der Lepra in den baltischen Provinzen 960.
Hinzelmann, W., Zur Luesdiagnostik mittels WR, Sternscher Modifikation u. Ausflockungsmethode nach Sachs-Georgi 1022.
Hirsch s. Bruck.
— F., Petechiales Exanthem bei Pneumokokkenerkrankungen 959.

Digitized by Google

Hirsch, Hans u. Bruck, Walter, Ein Fall von Urticaria perstans verrucosa 833.
— O., Hypophyse u. Diabetes insipidus 842.
Hirschmann u. Landau, Untersuchungen über die Dakinsche Lösung und das Präparat „Mea Jodina" als Behandlungsmittel infizierter Wunden und als Händedesinfektionsmittel 859.
Hochsinger, K., Über Rotlaufbehandlung 912.
— Krieg u. Erbsyphilis 979.
Hoffmann, Xanthoma multiplex hereditar. 474.
— Urticaria pigmentosa 474.
— Dystrophia adiposogenitalis 554.
— Die Behandlung der Bartflechte durch perkutane Vuzininjektionen 939.
— C. A., Erythema induratum 977.
— Möllersche Glossitis 977.
— Erich, Über eine nach innen gerichtete Schutzinfektion der Haut (Esophylaxie) nebst Bemerkungen üb. die Entstehung der Paralyse 819.
— Über die Berücksichtigung der Haut- und Geschlechtskrankheiten beim Zwangsfamulieren 833.
— Über eine der Weilschen Spirochäte ähnliche Zahnspirochäte des Menschen (Spir. trimerodonta) u. andere Mundspirochäten 836.
— Frederick L., Die Weltsterblichkeit am Krebs 458.
— Walter, Intravenöse Injektion undurchsichtiger Flüssigkeiten 860.
— W. H., Das venerische Granulom 917.
Hofius, Heinrich, Beitrag zur Kenntnis der Narbenkarzinome 934.
Hofmann, Karl Ritter von, Unsere Erfolge bei suprapubischer Prostatektomie 1020.
Holland, Meta u. Meyer, Luise, Beobachtungen an den Hautkapillaren bei Kindern mit exsudativer Diathese 837.
Hollander, Urtikaria, wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs 453.
Hollborn, Eine neue Methode zur Lösung u. Verwendung von Eosin-Methylenblau 820.
Holzhäuser u. Werner, Trichophytin, Vakzine und Terpentin in der Dermatologie 493.
Holzknecht, G., Die Therapie der Röntgenhände 496.
— Hyperplastische u. hypersekretorische Zustände der Haut. Röntgenbehandlung 877.
Hoogenhuijze, van, C. J. C., Zur Ätiologie des Fleckfiebers 596.
Hoppenstedt, Lupus vulgaris der Wange 611.
Hübner, H., Moderne Syphilisforschungen 979.
Hübschmann, Über die neueren Ausflockungsreaktionen zur Diagnose der Lues 1038.
— K., Zwei ätiologisch seltene Fälle von Acne vulgaris 853.
Hülse, W., Untersuchungen über Inanitionsödeme 513.
Hubalek, L. u. Goldschmied, K., Über einen Fall von akuter Rotzinfektion 917.
Hubert, Gg., Ein Fall von klinisch nachweisbarer Periaortitis syphilitica 982.
Hudelo u. Montlaur, Andauernder Pemphigus mit Epidermiszysten in Verbindung mit endokrinen Syndromen. Seine Beziehungen zur Heredospezifität. Besserung durch Polyopotherapie 613.
— Civatte u. Rabut, Granuloma annulare mit zerstreuten Läsionen. Behandlung mit Tuberkulin 931.
Hull, A. H., Die Behandlung von Verbrennungen mit Paraffin 515.
Husche, Kurt, Ein Fall von Gummosis des Herzens 615.

Ickert, Über die Identität des Vakzine- und Variolaerregers 957.
Imhofer, R., Laryngitis submucosa u. Erysipel 912.
Innes s. Chalmers.
— Arthur, Eine Leprakolonie an den Grenzen von Abessinien 794.
Isaak, Leonhard, Ein Fall von Keratodermia blennorrhagica bei einer Frau 1020.
Israel, Diagnose und Operation einer überzähligen pyonephrotischen Niere 816.

*Jacobsthal, E., Untersuchungen über eine syphilisähnliche Spontanerkrankung des Kaninchens (Paralues cuniculi) 569.
Jäger, Max, Zur Vakzinebehandlung der Furunkulose 902.
Jaensch, Albert, Behandlung der Verbrennungen 895.
Jaffé, Rudolf s. Kuczynski, M. H.
Jahnel s. Weichbrodt.
Jakob s. Lévy-Franckel.
— A., Über das Wesen der progressiven Paralyse 997.
— Über Entzündungsherde und miliare Gummen im Großhirn bei Paralyse (mit besonderer Berücksichtigung der

Digitized by Google

Entzündungserscheinungen bei den Anfallsparalysen) 998.
Jakob, Charlotte. Über Nirvanolvergiftung 874.
Jakobsthal, Untersuchungen über eine syphilisähnliche Spontanerkrankung des Kaninchens (Paralues cuniculi) 450.
Jamieson, William Allan, Anwendung des Sprays bei der Behandlung gewisser Hautaffektionen 792.
— † 792.
Jamin, Pseudoschanker an der Lippe durch fusospirilläre Symbiose 815.
Janzon, Johannes, Über einen Fall von Vitiligo am Augenlid nach Verschüttung 920.
Jeanselme, M., Frische Reinfectio syphilitica 980.
— Klinischer Lehrstuhl der Haut- u. syphilitischen Erkrankungen (Hospital Saint Louis), Eröffnungsvorlesung 987.
Jedlička, J., Zur Therapie der chronischen Zystopyelitis 852.
Jenrich, Reinhard, Die Behandlung der größeren Furunkel und Karbunkel in den letzten 10 Jahren an der Chirurgischen Klinik zu Greifswald 902.
Jersild, O., Beitrag zur Pathogenese des sogen. anorektalen Syphiloms (Fournier) 475.
Jessner, Die Akne (Acne vulgaris, rosacea usw.) und ihre Behandlung 902.
— S., Des Haarschwunds Ursache und Behandlung 936.
Jikelheimer, Stephan, Über die Syphilis der Gelenke 981.
*Joerss, Wilhelm, Spirochätenbefunde im Liquor bei Lues 966.
Johns, F. A., Die Wirkung der ultravioletten Strahlen auf die Haut und Augen 496.
Jolivet, Diphtherie und Vitiligo 475.
Jones, F. Silva, Sklerodermia guttata 791.
— L., u. Gibson, A. J., Die Salvarsanbehandlung der Syphilis 759.
Jordan, Arth., Bemerkungen zur Frage des Erythema exsudativum multiforme 809.
*— A., A. Lantz † 531.
Joseph, Max, Dermatologische Ratschläge für den Praktiker 899, 922, 942, 978, 895.
— Dermatologische Ratschläge für den Praktiker. II. Lues 1040.
Jourdanet, P., Autoexperimentelle Studie über Pruritus 840.
Jud, C., Die Beseitigung von multipeln Warzen am Gesicht 537.
Jüngling, Otto, Zur Röntgenbehandlung der Aktinomykose 941.
Kache, Zur Technik der intravenösen Injektion 493.
Kafka, V., Kurze Bemerkungen zur Arbeit von W. Gärtner: Was lehrt die serologische Sonderstellung d. Liquor cerebrospinalis u. des Kammerwassers bei Typhus, Fleckfieber u., Syphilis für die Behandlung der Syphilis 834.
Kamar, A. s. Chalmers, A. J.
Kammann, O., Anaphylaxie und Heilsera 840.
Kantorowitsch, Alexander, Beitrag zur Spermatozystitis blennorrhoica (10 untersuchte Fälle) 777.
Kaplan, David M., Endokriner Tropismus. Adenotropismus 918.
Katsch, Hermann, Die gerichtsärztliche Beurteilung von Salvarsantodesfällen 818.
Katzenstein, J., Über Erfahrungen mit Nirvanol 874.
Kaufmann, Mart., Zur Desinfektionswirkung v. Chinaalkaloiden auf Streptokokken u. Staphylokokken 836.
Kausch, Über chemische Phlegmone (nach Benzineinspritzung) 913.
— Rezidivierende subkutane Schleimgeschwulst des ganzen Vorderarmes 920.
Kaznelson, Paul, Nachtrag zu meiner Arbeit „Thrombolytische Purpura" 892.
MacKee, Neurotische Exkoriationen 454.
Kehl, Zur Frage der Wunddiphtherie 896.
Kennaway s. Browning.
Kerl, Wilhelm, Über Silbersalvarsan 761.
— s. Arzt.
Keysser, Fr., Bewertung neuerer chirurgischer Transplantationsbestrebungen, Bruchsacktransplantation, Deckung eiternder Hautdefekte, Transplantationsimmunität 897.
Kidd, F. S., Vorlesungen über Erkrankungen der Harnröhre beim Manne 800.
Kinoshita, M., Die Lipoide der Prostata 810.
— Carcinoma xanthomatodes prostatae 811.
Kinstry s. Taylor.
Kirch, A., Zur Pathologie der hämorrhagischen Diathese 891.
Kisch, Franz, Menschenzucht 815.
Kissmeyer, Arne, Studien über Pigment mit der Dopareaktion, speziell in Fällen von Vitiligo 1019.
— s. Rasch.
Kjelland, S., Über den Einfluß gewisser Medikamente auf orthostatische Tachykardie u. Dermographie 492.

Digitized by Google

Klappenbach, Walter, Zwei Fälle von Sklerodermie mit Raynaudschem Symptomenkomplex 538.
Klehmet, W., Eine Mikrosporieepidemie mit eigenartigem Verhalten in Hannover 940.
Kleinmann, Motel, Die WR bei tertiärer u. maligner Syphilis und ihre Beeinflussung durch die Therapie 757.
*Kleinschmidt, L., Zur Bäderbehandlung des Ekzems 950.
Kleissel, Die Erkrankungen des Magens bei Lues u. Konstitution 993.
Klewitz, F. u. Lepehne, G., Über Syphilis hereditaria tarda hepatis (Leberzirrhose mit sekundärer akuter gelber Atrophie 999.
Kliemann, Ein Fall von schwerer Syphilis mit eigenartigem Initialexanthem 980.
*Klieneberger, Karl, Bemerkungen zu dem Aufsatz von H. Felke: Zur Praxis des Luesnachweises durch Ausflockung nach Sachs-Georgi 832.
Klinger, R., Zur Entstehung der hämorrhagischen Diathesen 892.
Knott s. Barber.
Kobrak, F., Die Frage der Zuverlässigkeit der serologischen u. neurologischen Frühdiagnose der Syphilis 1038.
Körbel, Herbert, Manikürinfektionen 876.
Kohrs, Theodor, Luquorbefund in den einzelnen Stadien der unbehandelten Syphilis 452.
Kohner s. Schamberg.
Komes, Bruno, Über Varizella bei Erwachsenen 955.
Kopp, Josef, Die Strahlenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 878.
Krämer, Heinrich, Einige Fälle von Kriegsmelanose 917.
Krassingg, Max, Luetische Tracheoösophagusfisteln 994.
*Kreibisch, C., Muzinöse Bindegewebsdegeneration in der Haut (Färbung im Paraffinschnitt) 539.
*— Urticaria symmetrica (dysmennorrhoica Matzenauer-Polland) 1043.
*Kromayer, E., Diphtherie der Vulva bei Erwachsenen unter dem Bilde des Ulcus molle 770.
Kren, O., Defekt fast sämtlicher Nagelplatten 936.
Kretzschmer, W., Über Cignolin 857.
Kriester, Walter, Über Lichen ruber acuminatus, insbesondere einen durch kakodylsaures Natron geheilten Krankheitsfall 900.
Kron s. Colman.
Kuczynski, Über histologisch-bakteriologische Befunde beim Fleckfieber 592.
Kuczynski, Max H. u. Jaffé, Rudolf, Weitere histologisch-bakteriologische Befunde beim Fleckfieber. Der Nachweis der Rickettsia Prowazeki im Gefäßknötchen beim Menschen 597.
Kuhn, F., Thigenol im Kampfe gegen die Furunkulose 901.
Külz, L., Kriegsärztliche Beobachtungen aus Rumänien, insbesondere über Klinik und Ätiologie der Pellagra 536.
Kümmel, H., Nierenverletzungen, chirurgische Nierenerkrankungen und ihre Begutachtung bei Soldaten 802.
*Kunstmann, Zur Frage der Erythromelalgie 745.
*Küntzel, O., Über Paraffinkrebs 499.
*— Über Paraffinkrebs (Schluß) 525.
Kuznitzky, E. u. Schaefer, F., Die Röntgenbestrahlung oberflächlicher Dermatosen mit dem 0.5 mm-Aluminiumfilter 496.
— Erich, Über biologische Strahlenwirkung, besonders der α-Strahlen. Der bakterizide Einfluß von Thorium X, allein u. im Zusammenwirken mit verschiedenen chemischen Desinfizienzien 878.
Kyrle, J., Über den derzeitigen Stand der Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis 979.
— J., Brandt, R. u. Mras, F., Über die Goldsolreaktion im Liquor Syphilitischer, ihr Verhalten zu anderen Liquorreaktionen und ihre klinische Brauchbarkeit u. Bedeutung 1002.
Kyrne u. Reenstierna, Anatomisch-experimentelle Studie über die Aleppobeule 873.

Labbé, M. u. Marcorelles, Starke Ödeme auf chlorurämischer Basis ohne Nephritis 498.
Lacapère, G., Ursachen der malignen Erscheinungsformen in der Syphilis 613.
— Die lokalhyperämische Reaktion bei Verwendung von Arsenikpräparaten in der Syphilistherapie 761.
— Syphilis der Araber; die ulzeröse Tertiärsyphilis des Gesichtszentrums 992.
Lämle, Recha, Über die therapeutische Beeinflussung syphilitischer Erkrankungen d. Zentralnervensystems durch Quecksilber, Quecksilbersalvarsan kombiniert und Reinsalvarsan 760.
Läwen u. Hesse, Einige Beobachtungen über Vakzineeinspritzungen b. Schußverletzten zu prophylaktischen u. therapeutischen Zwecken 896.
*Lahmeyer, F., Über Behandlung der Arthritis gonorrhoica 540.

Digitized by Google

Landau s. Hirschmann.
— Experimenteller Beitrag zur Frage d. Hautdesinfektion 880.
— Hans, Über Händedesinfektion und Händereinigung in ihrer Bedeutung zur Verhütung von Krankheitsübertragungen 496.
— Max, Die Partialantigentherapie nach Deycke-Much u. ihre Bedeutung für die chirurgische Tuberkulose 962.
Lange, Karl, Zur Technik der konzentrierten, intravenösen Neosalvarsaninjektion 812.
Langer, F., Behandlung von Frostbeulen mit Ichthyol 895.
Lapke, F. K., Polyneuritis arsenicalis beim Kinde 875.
Laue s. Blake.
Laurent, Ch., Ein Fall von unbestreitbarer syphilitischer Reinfektion nach einer Pause von fünf Jahren 931.
Lawrence, R. D., Fieberhafte Urtikaria 514.
Lebon s. Montpellier.
Ledermann, Erythema centrifugum 611.
Leeuwen, van, Über den Einfluß des Sonnenlichts auf die gesunde u. auf die kranke Haut 879.
Legrain s. Gastinel.
— s. Thibierge.
— u. Pellier, Sporotrichosis 613.
Lehmann, Über erworbenen Riesenwuchs der linken unteren Extremität u. angeborenen Nävus 917.
Lehulsoff s. Levy-Bing.
Lekisch, Edmund, Über Modenol 762.
Lenk, Emil, Die Bestimmung von Azeton u. Azetessigsäure mit dem Autenriethschen Kalorimeter 838.
— Robert, Zur Frage der Sensibilisierung in der Strahlentherapie 878.
Lenzmann, Über Aortitis luica 982.
MacLeod, J. M. H., Dermatitis nach Berührung mit deutschen Bomben 494.
— „Dhobie itch" und ekzematoide Trichophytie der Extremitäten 558.
Leonard, L. G., Der relative Wert der intravenösen u. der intramuskulären Injektionen von Novarsenobillon 759.
Lepehne s. Klewitz.
Leredde, Über zwei Fälle von Haematodermitis pruriginosa (Lichen simplex), wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs 953.
Lesser, Isolierter Pemphigus der Mundschleimhaut 473.
Letulle, M., Peritonitis syphilitica 618.
*Leven, Zur Frage der Gonorrhoeheilung 585.
Levin, Karl, Trypaflavin u. Trypaflavinsilber (Argoflavin) in der Therapie maligner Geschwülste 933.
Levy s. Gougerot.
Levy-Bing, Gerbay u. Bonnet, Drei neue Fälle von syphilitischen Schankern des Fingers u. ein Fall von Schanker der Palma manus 987.
— u. Gerbay, Ein Fall von weichem Schanker des Fingers 990.
— — — 1500 Fälle von syphilitischen Schankern, beobachtet in einem venerologischen Armeezentrum (Untersuchungen über die Inkubationsdauer der Syphilis) 990.
— Lehulsoff-Wyld u. Gerbay, Ein neu. Arsenikpräparat: Sulfarsenol 992.
— A. u. Derveux, L., Zwei Fälle von Schankern der Harnröhre (weicher u. syphilitischer Schanker).
— u. Gerbay, Ein Fall von Papillom an der Wangenschleimhaut 993.
Lévy-Franckel, A. u. Jakob, Die Lunge der Psoriatiker 613.
— — Roseola purpurica 991.
Levy, Marg., Vergleichende histologische Untersuchungen über die Wirkungen von Strahlen u. radioaktiven Substanzen (Thorium X-, Röntgenstrahlen, Radium- u. Quarzlicht) mit besonderer Berücksichtigung der ultravioletten Strahlen 876.
Lévy-Du Pan, Über Syphilis 979.
Lewengood, J., Die Behandlung der Syphilis mit einer neuen Quecksilberzubereitung 1041.
Lewin, Hans, Die interne Behandlung der Syphilis 760.
Lippmann s. Arning.
Lipschütz, B., Über Chlamydozoa-Strongyloplasmen 822.
Little, E. G. Graham, Fall von oberflächlichem, „kartenähnlichem" Ulcus rodens 755.
— Fall von Mycosis fungoides 755.
— Ulcus rodens 790.
— Lichen planus 1018.
Lockart, W. F. u. Atkinson, J. R., Bemerkungen über die Verabreichung von Arsenik bei Syphilis 760.
Loeb, B., Die kombinierte Abortivbehandlung der Blennorrhoe 781.
— Heinr., Merkblatt zur Bekämpfung der Bartflechte 939.
Loeffler, Friedr., Die Verwendungsmöglichkeiten des Humanols (ausgelassenes menschliches Fett) in der Chirurgie u. die damit erzielten Er-
Löhe, Fall von Darierscher Krankheit 976.
Loewy, Ernst, Wann soll man eine Lumbalpunktion machen? 1038.
Löwy, J., Zur Funktion und Beeinflußbarkeit des Kapillarsystems 820.

Digitized by Google

Löwy, O., Experimentelle u. klinische Beiträge zum Fleckfieber 593.
Lopp, Hans, Eine leicht ausführbare Mikromethode zur Anstellung der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion 1002.,
Lorenz, Beobachtungen über die Ursachen der häufig auftretenden Ausschläge der unteren Extremitäten. Erwähnung eines Falles von rezidivierendem Lungenkatarrh 881.
Lottmann, Ernst, Schwerste, akute Erkrankungen nach intravenöser Neosalvarsaninjektion 1042.
Loughlin s. Shaw.
Low, R. C., Herpes zoster, deren Ursache und Beziehung zur Varizella 514.
Lubarsch, O., Zur vergleichenden Pathologie der melanotischen Gewächse 839.
Luce, H., Zur Diagnose d. Herzsyphilis 982.
Luithlen, F., Die Behandlung schlecht heilender Geschwüre mit Gonokokkenvakzine. Ein Beitrag zur Kolloidtherapie 778.
— Abortive Chemotherapie akuter Ophthalmoblennorrhoen 799.
Lumb, N. P. L., Die Komplikation von Blennorrhoe mit Syphilis 777.
— Resultate der Vakzinebehandlung bei einer Serie von 500 Fällen von akuter Blennorrhoe 780.
Lux, Fritz, Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Kollargol 782.

Macleod, J. M. H., Über Molluscum contagiosum 790.
— Bericht über einen Fall von akuter, durch Kopra-(Kokosnuß-)Staub verursachter Dermatitis 790.
— Die pemphigusartigen Eruptionen 790.
— u. Topley, W. C., Vakzinen bei der Behandlung von Hautkrankheiten 796.
Mahler, Julius, Kurzes Repetitorium der Hygiene 454.
Malcolm, J. D., Über zwei Fälle von Vulvitis, welche durch Sekretansammlung in den Tysonschen Drüsen bedingt waren 816.
Malherbe, Übertragung eines Eczema marginatum auf den Ehegatten 815.
Malowan, S. L., Über den mikroskopischen Nachweis der Tuberkelbazillen 821.
Marchand s. Montpellier.
Marcorelles s. Labbé.
Markus, Karl, Das neue schwedische Gesetz über die venerischen Krankheiten 873.
Marschik, Larynxstenose durch Pemphigus 901.
Martin, C. J., Bemerkungen über die Pathologie von „Barcoo Rot" (Veld-Geschwüre?) 535.
Mathias, Zur Kasuistik seltener Geschwulstbildungen 935.
Matsunaga, Takuma, Über diffuse Pigmentierung mit Melanin bei allgemeiner Melanosarkomatose 919.
Matzenauer, R., Zur Frage der endolumbalen Salvarsanbehandlung u. über den Einfluß der Behandlung auf Immunkörperbildung und den weiteren Krankheitsverlauf der Syphilis 761.
Mauté, A., Vakzinebehandlung der Furunkulose: Stammvakzine oder Autovakzine 902.
Mayer, Markus, Behandlung von Staphylokokkenerkrankungen mit übermangansaurem Kali 856.
— Martin, Venerisches Granulom 450.
— Ulcus tropicum 450.
— Orientbeule 450.
— Nodositas juxta-articularis 450.
— Mycetoma (Madurafuß) 450.
— P., Unna als Mikrotechniker 670.
Meder, E., Über einige Fälle von Übertragung echter Kuhpocken auf Menschen 955.
Meincke, Peter, Ein Fall von Epidermolysis bullosa dystrophica (congenita) 900.
Meinicke, Zur Technik meiner Luesreaktion 1022.
— E., Zum Nachweis der Syphilis durch Ausflockungsreaktionen 1039.
*Meirowsky, O., Befunde aus einer Noguchischen Originalkultur von Spirochaeta refringens 511.
— E., Geschlechtsleben, Schule u. Elternhaus 817.
Memmesheimer, Über ein Gewerbeekzem durch Gebrauch von Kalkstickstoffdünger 876.
Mendes da Costa, Lineäre Pigmentation bei einem Neger mit Ichthyosis 873.
Merk, Ludwig, Lebender Acarus folliculorum Simon im Fischdarm 942.
Merzweiler, Kann die SGR und MR die WR in jedem Falle ersetzen 1022.
Messerschmidt, Th., Vergleichende Untersuchungen zwischen den Reaktionen nach Sachs-Georgi und nach Wassermann 1039.
Meurisse, Paul, Phagedänische Genitalulzeration auf Grund fusospirillärer Symbiose 991.
Meyer, Fritz M., Die Behandlung von Hautkrankheiten mit Terpentinöl (nach Klingmüller) 490.

Digitized by Google

Meyer, Die Röntgenbehandlung der Hyperhidrosis localis mit harten Strahlen 495.
— Die Entwicklung u. der heutige Stand der Röntgenbehandlung des Frauenbartes 835.
— Die Röntgenbehandlung des Frauenbartes 877.
— s. Holland.
Meyer-Estorf, Herbert, Über Vakuolenbildung in den Leukozyten bei symptomatischer Purpura 882.
Miche, Francis, Intrakutanreaktionen mit Urinextrakt von Tuberkulösen 961.
Miescher, G., Ein Beitrag zur epithelialen Genese der malignen Melanome der Haut 919.
Milian, G., Naevus haemolymphaticus in ulzeröses Lymphangioma umgewandelt 931.
— Novarsenobenzol; seröse Apoplexie; Adrenalin 989.
— u. Blum, B., Zustand asthmatischer Krise geheilt durch das „914". Diathetische Prurigo 930.
— — — Prurigo lymphadénique. Seine nervöse Natur 930.
Mindack, Über Azetoform 490.
Mitscherling, Theodor, Über einen Fall von Angiokeratom 921.
Mitterstiller, Sepp, Über einen Fall von Entleerung einer Pyonephrose in die Peritonealhöhle 811.
Moleswirth, E. H. u. Whitfield, A., Ein Fall von knotiger Bromeruption bei einem Brustkinde 793.
Moll, Karl, Erfolge der Röntgentiefentherapie bei chirurgischer Tuberkulose 977.
Mönch, G. L., Über den Einfluß heißer Vollbäder nach Weiß auf die Körpertemperatur im allgemeinen u. auf die Blennorrhoe im besonderen 778.
Montlaur s. Hudelo.
Montpellier, J. u. Marchand, H., Enquete über die malignen Tumoren der Haut bei den Eingeborenen Nordafrikas 613.
— Jean, Die Syphilis des Nervensystems bei den Eingeborenen Algeriens 987.
— Zwei Fälle von syphilitischen, für Blennorrhoen angesehenen Schankern der Harnröhre 990.
— u. Lebon, Jean, Über einen Fall von gleichzeitigem syphilitischem Schanker des Zahnfleisches u. der Klitoris 989.
— — — Über einen Fall von eitriger Epididymitis blennorrhoischer Natur 989.
Mook u. Wander, Kampferöltumoren 454.
Moore u. Peley, Schwere Reaktionen nach Salvarsan und Diarsenol im Präparat Arsphenamin 453.
Morenas s. Bonnet.
Moro, E., Übererregbarkeit des vegetativen Nervensystems im Frühjahr u. Ekzemtod 898.
Morris, M., Die therapeutische Wirkung von Kolloidpräparaten 491.
— Die Behandlung von Furunkulose und anderen tiefliegenden kokkogenen Infektionen mit Mangankolloid 532.
— Nachruf auf James Clarke White 792.
Morson, A. C., Gangränöse Zystitis infolge von Gonokokkeninfektion 777.
Mouquin, M. s. Queyrat, L.
Mourier, Unbezwingbares Nasenbluten infolge verkannten Gummas 991.
Mras, F. u. Brandt, R., Beitrag zur Frage der Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis (Untersuchungen am Leichenliquor) 1002.
— s. Kyrle.
Müller, Ernst Friedr., Weitere Mitteilungen zur Kenntnis der Milchinjektionswirkung 855.
— Zur Beurteilung des blennorrhoischen Eiters 809.
— H., Über Pranatol, ein neues Mittel gegen Krätze u. andere Hautkrankheiten. Mit einem Nachtrag üb. Akne 859.
— Hermann jun., Über den diagnostischen Wert des Rumpel-Leedeschen Scharlachphänomens 954.
— Julius, Zur Therapie der Pernionen mit der Uviollampe 809.
— Schweres Krankheitsbild nach Injektionen mit unreinem Paraffin 493.
Munter, Hans, Über Ätiologie u. pathologische Anatomie d. hämorrhagischen Diathesen 892.

Nagelschmidt, Zungenkarzinom und Diathermie 976.
— Vitiligo und Quarzlampenbestrahlung 976.
Nauta, A. u. Baudru, L., Sur le prurit décalvant lymphadénique 813.
— Lymphadenom des Mundes u. Wurzelspitzengranulom 814.
Narbel, Über WR 757.
Nash, W. G., Zwei Fälle von Hodenabszeß durch Infektion mit Bacillus coli 801.
*Nast, Otto, Antiluetische Kur bei ungeklärter Diagnose 563.
Nathan s. Herxheimer.
*— E., Zur Kenntnis der Immunitätsvorgänge bei Trichophytie des Menschen 439.

Digitized by Google

Nathan, Beiträge zur Kenntnis der Salvarsandermatosen 810.
Neisser, Albert, † 793.
Neubürger, Karl, Über postmortale Pigmentbildung der Haut 920.
*Neuendorff, Richard, Beiträge zur Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat 883.
Neufeld, Zur Serodiagnostik d. Syphilis 1039.
Neugebauer, G., Allgemeines zur Syphilisbehandlung 1040.
Neukirch, P., Über eine Ausbaumöglichkeit der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion 1021.
Neumann, Jacques, Zur Meningitis acuta syphilitica 997.
Neusa, Paul, Der Frühtod bei Verbrennungen 838.
Neusser, Erich, Über Behandlung von Staphylokokkenerkrankungen m. übermangansaurem Kali 856.
Neve, E. F., Anthrax der Haut 535.
New, G. B., Blastomykosis der Zunge 558.
Nicholson, F. u. Hainsworth, E. M., Primäres Sarkom der Prostata bei einem Knaben 801.
Nicolai, E., Die syphilitischen Erkrankungen der Luftröhre 994.
Nicolas, J. u. Gate, J., Die Wassermannsche Blutreaktion. Ihr Wert in Theorie u. Praxis, ihre Fehlerquellen 813.
Niedner, v., Hämorrhagische Exantheme 882.
Nobel, Edmund u. Zilczer, Josef, Über die Infektiosität des Erysipels während der Rekonvaleszenz 912.
Nobl, G., Vakzinebehandlung der Geschlechts- u. Hautkrankheiten 861.
— Zur Kenntnis solarer Lichtschädigungen der Haut 879.
— Hautzustände endokriner Voraussetzung u. ihre organotherapeutische Beeinflussung 917.
Nonne, H., Über Heilung der hypophysären Form der Lues congenita durch kombinierte antisyphilitische u. Organotherapie 998.
Nordmann, A., Syphilis par conception oder Syphilis d'emblée 1000.
Nordström u. Wassén, Ein Fall von allgemeiner, wahrscheinlich ererbter Infektion des Blutes mit dem Gonokokkus 873.
Normand s. Bergeron.

*Oelze, F. W., Über Behandlung tertiärer Lues mit Dijodyl 743.
*— Über die Ergiebigkeit verschiedener Darstellungsmethoden der Spirochaeta pallida, nebst Bemerkungen zur Morphologie 843.
Oelze, F. W., Praxis der Spirochätenuntersuchung 999.
— Über die Spirochätenbefunde von Karl Spengler u. S. Fuchs v. Wolfring, nebst Bemerkungen über die Methodik d. Spirochätenuntersuchungen 999.
— Über Entnahme u. Transport von Spirochätenserums mittels Kanülen aus Glas 1001.
*— Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen. I. Lichtquellen, besonders für Dunkelfeldbeleuchtung 1023.
Oliver, W. J., Ein Fall von Mikrosporon tinea des behaarten Kopfes bei einem Erwachsenen 790.
— Jenkins, Ein Fall von Acne agminata (Crocker) 790.
— Ein Fall von Tinea tonsurans (Mikrosporon) bei einem Erwachsenen 793.
Olsou, Veneroides Ulkus 454.
Oltmanns, Anton, Blut- u. Liquorbefunde bei Tabes u. Paralyse 756.
Oppenheim, Moritz, Das erste Jahr des Bestandes der Anstalt für Krätzeschnellkuren im Wilhelminenspital 941.
Oppenheimer, Rud., Über die bei Arbeitern chemischer Betriebe beobachteten Geschwülste des Harnapparates u. deren Beziehungen zur allgemeinen Geschwulstpathogenese 876.
Otto u. Rothacker, Zur Fleckfieberschutzimpfung 597.

Paes Miguens s. Valente.
Panton, P. N. u. Simpson, A. M., Ein Fall von syphilitischer Reinfektion 616.
Pappenheim, Martin, Die diagnostische u. therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion 614.
Pappritz, Anna, Einführung in d. Studium der Prostitutionsfrage 454.
Parin, M., Sterilisierung der Wunden durch Ionisierung in einer einzelnen Sitzung 492.
— u. Périn, Fall von Lupus erythematosus plantaris 613.
Patterson, S. W., Über das Vorkommen von Spirochäten im Urin bei Fällen von „Fieber unbekannten Ursprungs" 488.
Patzschke, W., Über die Anwendung von Pepsin-Salzsäure zur Verdauung von Narbengewebe 858.
— Sirupus neosalvarsani 861.
Paul, S. Norman, Ein Fall von Syringoma 792.

Digitized by Google

Paul, S. Norman, Hereditäre Angiome (Teleangiektasien) mit Epistaxis 794.
Payenneville, Syphilitischer Schanker im Verein mit Spindelspirillen 756.
Pellier s. Mc Cormac.
— s. Legrain.
Périn s. Parin.
*Perl, H., Über ein durch Röntgenlicht geheiltes Ulcus phagedaenicum 929.
Pernet, George, Universeller Herpes zoster 789.
— Trichotillomania 790.
— Ein ungewöhnlicher Fall von ausgedehntem pigmentierten Haarnävus 792.
— Morphoea-Sklerodermia der Haut über den Schienbeinen, verbunden mit Osteitis deformans 793.
— Über einen Fall von Erythema serpens durch Beschäftigung mit Fischen 793.
— Eine historische Note über die Nissen der Körperlaus 795.
Perutz, Alfred, Die klinische Bedeutung der Serodiagnose der Syphilis mittels der Ausflockungsreaktion für die Prognose u. Therapie der Lues 758.
— A., Über den Nachweis gefälschter Salvarsanpräparate 836.
Peyser, Fritz, Die Beeinflussung der Keratitis parenchymatosa heredo-luetica durch die kombinierte antiluetische Behandlung, mit Berücksichtigung d. anderen Behandlungsmethoden 999.
Pfeiffer, Oh., Kropf mit Exophthalmus, verursacht durch Gemütsbewegung und Syphilis 995.
— R., Typische Halbseitenlähmung im Verlauf eines Typhus exanthematicus 958.
Pfeiler, W. u. Gräfe, Fr., Beitrag zur Feststellung des Wertes polyvalenter Extrakte für die Serodiagnose d. Rotzkrankheit mittels Komplementablenkung nebst Beobachtungen über das Schwinden rotzspezifischer, ablenkender Substanzen 488.
Pick s. Doer.
— Ernst u. Wasiky, Richard, Toxikologische Erfahrungen über Mittel, welche von Soldaten zur Erregung von Krankheiten verwendet worden sind 874.
— Walther, Zur Lösung des Prostitutionsproblems 817.
Pijper, A., Die Ätiologie von Craw-Craw 533.
— Ein neuer Parasit beim Soor 488.
Pinard, M., Fehldiagnosen bei extragenitalen Primärsyphiliden 617.
Pinkus, Xanthoma tuberosum 976.
Planer, Herbert, Exanthematische Syphiliseruption im Anschluß an ein Gumma 833.
Plaut, F., Neuere Probleme d. Paralyse- u. Tabestherapie 1040.
Poehlmann, August, Untersuchungen über die Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte (SGR) 452.
Pönsgen s. Stern.
Polland, R., Der Chrysarobinersatz „Cignolin" 857.
— Arsoferrin-Tektoletts bei Hauterkrankungen 857.
Pollitzer, S., Die intensive Behandlung der Syphilis 954.
*Polzin, F., Cignolin b. Akne 983.
Porten, v. d., Typus humanus und bovinus 471.
— Bilder a. d. Hamburger Lupusheilstätte 472.
— M., Allgemeine Naturwissenschaften u. Philosophie (Unna-Festschrift) 639.
Porter, Statistische Studie über extragenitale Schanker 453.
*Posner, C., Felix Guyon. Nachruf 807.
— Zur Frage der Blasensyphilis 832.
Possek, R., Versuche zur Behandlung luetischer Augenerkrankungen mit unspezifischen Heilmethoden 761.
Possner, C., Zylinder u. Zylindroide 802.
Pouliot, L., Behandlung der weiblichen Blennorrhagie 779.
Powell, W. W., Die Behandlung d. chronischen Urethritis nebst Beschreibung eines neuen Instrumentes zum Ätzen der Lakunen 779.
Praetorius, G., Zur Behandlung der weiblichen Inkontinenz 1020.
*Probizer, Guido de, Die Pellagra im Trentino nach dem Kriege 751.
Pröll, Hans, Ein Hämangioendotheliom der Volarhaut 921.
Prym, P., Allgemeine Atrophie, Ödemkrankheit u. Ruhr 915.
Pürkhauer, Rud., Zur Behandlung schlecht heilender Narbengeschwüre 933.
Pulay, E., Zur Pathogenese des Haarausfalls nach der Grippe 936.
Pütter, E. u. Reis, van der, Über einen Fleckfieberfall mit Typhusbazillen im Blut 592.
Pusey, Universelle exfoliative Dermatitis nach Natriumkakodylat 453.
— u. Senear, Neurotische Exkoriationen mit Bericht von Fällen 454.
Putzig, H., Über Gonokokkenotitis bei Säuglingen 776.

Queyrat, L., Über Syphilis maligna praecox 931.
— Fibrom des Zeigefingers 932.
— Syphilitischer Schanker des kleinen Fingers 932.

Digitized by Google

Queyrat, L., Epitheliom des rechten Nasenflügels mit metastatischen subkutanen Knötchen 932.
— u. Mouquin, M., Zwei Fälle von Syphilis maligna praecox 931.
Quincke, H., Zur Behandlung d. Addisonschen Krankheit 918.

Rabut s. Hudelo.
Raiziss s. Schamberg.
Ramond, L., Fall von Magensyphilis 995.
Raper s. Clark.
Rasch, C., Ein Fall von Fourniers sekundärer syphilitischer Analgesie 792.
— Sekundäre lichenoide Trichophytie in Verbindung mit Kerion Celsi (Lichen spinulosus trichophyticus) 792.
— u. Kissmeyer, A., Zwei Fälle von „Fox-Fordyces-Krankheit" 832.
Rauther, Notiz über das Integument von Balistes 820.
Ravaut, P. u. Gallerand, Beseitigung einer Leukoplakie der Wangenschleimhaut durch eine einzige Behandlung mit Kohlensäureschnee 814.
— Die Bedeutung der internen Medikation bei Dermatosen 861.
Raw, N., Akute gelbe Leberatrophie bei Syphilis 616.
Rechel, W., Die Lues als ätiologisches Moment bei Augenerkrankungen 617.
Reenstierna s. Kyrne.
— Behandlung blennorrhoischer Komplikationen mit Antigonokokkenserum u. temperatursteigernden Mitteln im Verein 874.
— Ein Serum gegen weichen Schanker 874.
Reiche s. Fahr.
Reid, A. u. Boyden, P. H., Die Behandlung von venerischen Krankheiten 816.
Reis, van der s. Friedberger.
— s. Pütter, E.
— V., Zur Agglutinabilität des Weil-Felix-Bazillus 821.
Reissner, Margarete, Beitrag zur Kenntnis der Aleppobeulenerkrankung 916.
Remmets, von, Die Gasinfektion u. ihre Prophylaxis 914.
Renaud-Bordet, Vakzinetherapie der Blennorrhoe 475.
Rendu, R., Tonsillarschanker in Form einer Angina 981.
Reschke, K., Zur Diagnose der Gelenksyphilis 981.
Reuss, A. v., Quecksilber- oder Salvarsandermatitis? 1041.
Rheins, Über Behandlung der ulzerösen Skabies 941.
Rhys, O. L., Die Leistungen einer Klinik für venerische Krankheiten 818.
Ribbert, H., Bemerkungen zum Chromatophorom 477.
Richardoon, G. s. Turner, P.
Riehl, Zur Frühdiagnose der Syphilis 756.
Riesenfeld, Fritz, Die Entwicklung der Panaritiumbehandlung mit Einschluß eines neuen Verfahrens beim subkutanen Panaritium 913.
Rille, Zu Guido v. Probizers 70. Geburtstage 819.
Rinsemann, Menstruationsherpes 873.
Rist u. Rolland, Eine neue Auffassung der Tuberkulide 791.
Ritter, H., Die moderne Syphilistherapie im Krankenhaus 1040.
Robertson s. Fitzgerald.
*Robitschek, Walter, Studien über die Ausflockung des Syphilisserums nach Sachs u. Georgi 924.
Robson, R. B., Dermatitis durch Explosivstoffe 494.
Rochet, Viktor 962.
Roesch, Über die Beziehungen der Sklerodermie zu den Erkrankungen der endokrinen Drüsen 922.
Roger s. Sicard.
Rohleder, Hermann, Künstliche Zeugung und Anthropogenie (Menschwerdung; Bastardierung von Mensch und Menschenaffe) 456.
Rolland s. Rist.
Rolleston, J. D., Ein Fall von Riesennävus 791.
— Diphtheritisches Geschwür 792.
Romanese, Eine neue u. einfache Form für die Romanowskyfärbung 820.
Rondoni, P., Bemerkungen über Pathogenese bei Erkrankungen der Unterernährung und bei Pellagra 536.
Roscher s. Herxheimer.
Rosenmayer, W., Ein Fall von Melanosarkom der Augenlider 556.
Rosenthal, Nebenwirkungen des Nirvanols 874.
— Wilhelm, Über die traumatische Entstehung der Tabesparalyse 995.
Rothacker s. Otto.
— A., Blut- und Liquorbefunde beim Fleckfieber 957.
Rothschild, Alfred, Über zwei Fälle ungewöhnlicher zystischer Geschwülste der Harnblase, ihre Operation u. Heilung 800.
Routh, A., Intrauterine Syphilisinfektion, hypothetische Wirkung der Chorionfermente 598.

Digitized by Google

Rowlands, R. P., Verlegung des Ureters durch abnormen Verlauf eines Blutgefäßes der Niere 815.
Runge, P., Unna und die Pharmazie 718.
Russ, C., Die Verhütung von Rückfällen bei Blennorrhoe 779.
— Die elektrolytische Behandlung der Blennorrhoe; ein neuer Elektrolyt 780.
Rutherfurd, W. J., Bemerkungen über eine Epidemie von Alopezia 797.
Ruxton, William L., Forschungen über die Ursache u. Verhütung der gewerblichen, durch Tetryl verursachten Krankheiten 793.

Saalfeld, Plattenepithelkarzinom der Kopfhaut 976.
— Primäraffekt des Zungenrückens 976.
Sabouraud, R., Diagnose und Behandlung der mykotischen Intertrigo 558.
— Zur Ätiologie der Alopecia areata 814.
Sachs, Bernhard, Die Wahrheit über intraspinale Injektionen bei der Behandlung der Syphilis des Nervensystems 998.
— H., Zur Frage der Brauchbarkeit cholesterinierter Organextrakte für die Serodiagnostik der Syphilis 1039.
— u. Georgi, W., Zur Methodik des serologischen Luesnachweises mittels Ausflockung durch cholesterinierte Organextrakte 1021.
— u. Guth, F., Eine spezifische Ausflockungsreaktion zum Nachweis der alkoholischen Rezeptoren des Hammelblutes und ihrer Antikörper 1038.
— O., Beitrag zur Therapie der Trichophytoninfektion 940.
— Die Behandlung der Syphilis durch den praktischen Arzt 1040.
— Th., Zur Trockenbehandlung der Trichophytia profunda mit der fettlosen Salbe Lotional 557.
Salle s. Decrop.
Salomon, Oskar, Ein Vorschlag zur Lupusfürsorge 962.
— R., s. Braun, H.
Samberger, Fr., Unna als Kliniker 691.
Saphier, Johann, Tuberkulomuzin bei Hauttuberkulose u. Tuberkuliden 961.
Saphir, Johann u. Seyderhelm, Rich., Über myelide Hautinfiltration bei chronischer myeloider Leukämie 934.
— Zur Technik der Levaditi-Methode 1000.
Satani, Y., Ein Fall von extramammärer Pagetscher Krankheit in der Achselhöhle, verbunden mit Condylomata acuminata an den äußeren Genitalien 1018.
Saudek, J., Pellidol (Calle) als Haarwuchsmittel 813.
Saupe, E., Über zwei Fälle von sporadischem Skorbut 892.
Savatard, Louis, Fibroma simplex 1018.
Saxl, P., Neue Beobachtungen über die Fernwirkung oligodynamisch wirkender Substanzen 821.
Schaar, W., Ein Fall von Mycosis fungoides d'emblée 556.
Schaefer, Friedrich, Ekrasol 942.
— Über Ekrasol „Schürholz", ein neues Krätzeheilmittel 942.
— s. Kuznitzky.
Schamberg, Kohner, Raiziss und Weiss, Laboratoriums- und klinische Studien über die Ursachen der Reaktionen auf intravenöse Injektionen von Arsphenamin und Neoarsphenamin 454.
Schanz, Fritz, Biochemische Wirkungen des Lichts 496.
Schatzmann, Max, Untersuchungen über die Hämatologie der Variola und der Vakzine 595.
Schelke, Fr., Zur Beurteilung des Syringoms (Naevus syringomatosus) 920.
Schereschewsky, Versuche zur fraktionierten Chinin-Salvarsantherapie der Syphilis 977.
Schindler, Karl, Die Behandlung von Dermatosen mit Quarzlichtbestrahlungen bei gleichzeitiger Einwirkung von 5%igem Arg.-nitr.-Spiritus 70% 878.
Schlesinger, H., Vasomotorisch-trophische Neurosen 555.
Schloffer, H., Hydronephrozystanastomose 1020.
Schmedding, Wilhelm, Ein Beitrag zur Diagnose des Lichen albus (v. (Zumbusch) 834.
Schmidt, M. B., Milz und Leber in ihrer Bedeutung für den Blutabbau 489.
— Otto, Beitrag zur Klinik und chirurgischen Behandlung des Angioma arteriale racemosum, besonders des Kopfes 920.
— Emil, Zur Kasuistik der Schädellues 981.
— W. J., Über Riesenepithel- u. -drüsenzellen in der Epidermis des Laubfrosches 476.
— W. S., Sind die Muskelzellen in den perforierenden Bündeln der Haut bei Rana ektodermalen Ursprungs? 478.
Schnabel, A., s. Doerr, R.
Schnirer, M. T., Taschenbuch der Therapie 476.
Scholtz, Moses, Dermatologische Fehlbenennungen 454.

Digitized by Google

Scholtz, Moses, Klinische Deutung der skarlatinoiden Ausschläge 894.
Schönbauer, Franz, Die Anstalt für Krätzeschnellkuren im Wilhelminenspital in Wien 942.
Schoene, Georg, Über antiseptische Wundbehandlung und die Einwirkung einiger Antiseptika auf die Gewebe II. Teil 860.
Schönfeld, W., Die Ergebnisse der Sachs-Georgischen Ausflockungsmethode bei Blut- u. Liquoruntersuchungen 1037.
— Die Behandlung des Trippers der Weiber mit intramuskulären Injektionen von Kochsalzchlorkalziumlösung nach v. Szily u. Stransky 799.
Schoenfeld, W., Über die Mastixreaktion (Emanuels) und ihre Stellung zu anderen Reaktionen in der Rückenmarksflüssigkeit 842.
Schranz, F., Ein Fall von tödlich verlaufener Gasphlegmone nach Koffeininjektion 916.
Schrauth, Walter, Deites Handbuch der Seifenfabrikation 815.
Schrenz, H. Th., Die Dosierung mit dem Fürstenauschen Intensimeter. Nebst Beiträgen zur Kenntnis der Konstanz der Röntgenröhren 877.
Schröder, T., Über Lungensyphilis.
Schrötter, Hermann von, Notizen zur Anatomie einiger Jagdtiere des Sudan 487.
Schürer v. Waldheim, Mitteilung über die Blutknötchenkrankheit (Purpura haemorrh. papulosa et pustulosa) 497.
— Johannes u. Wolff, Georg, Über die Bedeutung d. Proteusbazillen beim Fleckfieber 959.
Schütz, Jos., Über die Symptomatologie und Ätiologie der Urticaria papulosa infantum (Strophulus), speziell deren Beziehungen zu Erkrankungen an Oxyuren 893.
Schuftan, Adolf, Über Terogentabletten, ein internes Antiblennorrhoikum 834.
Schulmann s. Bloch.
Schultz, Willy, Über das Exanthem bei der Meningitis cerebrospinalis epidemica 955.
*Schultze, Walther, Pemphigus foliaceus und Osteomalazie 943.
Schur, H., Mikroskopische Hautstudien am Lebenden 838.
Schwab, M., Syphilis und Schwangerschaftsunterbrechung 598.
Schwalb, H., Über einen Fall von weitverbreiteter Hautxanthomatose bei hochgradiger diabetischer Lipämie 921.
Schwank, R., Elefantiasis der Genitalien auf luetischer Basis 852.
Scott, C. T., Ein Fall von Hämatidrosis 497.
Sée, Marcel, Ein Todesfall nach Salvarsaninjektion 990.
Seedorf, Multiple Sarkome der Haut 473.
— Elefantiastische Verdickung der Haut mit Lupus vulgaris 474.
Seemann, Gangrän von Skrotum u. Penishaut nach Erysipel u. plastische Versorgung der Genitalien 913.
Seiler, J., Terpentinölinjektionen (Klingmüller) gegen Hautkrankheiten 859.
Sellei, J., Die Wirkung des Teers, mit bes. Berücksichtigung des Ekzems 516.
— Über Seborrhoe 881.
Semon, H. C., Fall von oberflächlichem Epitheliom 755.
— Mycetoma pedis 791.
— u. Barbar, H. W., Pyodermie parasitären Ursprungs 793.
— Einige neue Erfahrungen mit reinem Kohlenteer (Pix carbonis praeparata) 793.
— s. Barber.
— s. Darier.
Senear s. Pusey.
Sequeira, G. W., Ringeruption des Fingers. — Granuloma annulare von außergewöhnlich langer Dauer 755.
— Seborrhoische Dermatitis von ungewöhnlicher Schwere nach einem Anfall von Urtikaria ab ingestis 755.
— J. H., Dermatitis durch die bei Luftangriffen verwendeten Explosivstoffe 494.
— Dermatitis durch Explosivstoffe bei Luftangriffen 494.
— Die frühzeitige Diagnose und Behandlung der Syphilis 598.
— Fall von hämorrhagischem Lupus erythematosus 755.
— Sarkom der Haut usw., sekundäre Folge eines Fußsarkoms 790.
— u. Western, G. T., Imphtherapie bei Hautkrankheiten 796.
— J. Z., Vier Fälle von Sklerodermie, verbunden mit Schilddrüsenerkrankung 792.
Seyderhelm, Rich., s. Saphir, Johann.
Shaw, B. H., Der Einfluß der Syphilis auf das Komplement der Patienten 756.
— u. Loughlin, D., Ein Fall von Leukozythämie der Haut 793.
Shefford s. Carter.
Sibley, W. Knowsley, Lymphadenoma mit Hautveränderungen 790.

Digitized by Google

Sicard, J. A., u. Roger, H., Allgemeine syphilitische progressive Paralyse u. Zerebrospinalflüssigkeit 755.
Sieben, H., Über die Ursachen des Quinckeschen Ödems 513.
*— Über Pemphigus localis 772.
*— Nachtrag zu dem Aufsatz über Pemphigus localis 890.
*— Beitrag zur Kenntnis der Hg-Salvarsanschädigung 1030.
Sikora, H., Zur Kopflaus-Kleiderlausfrage 941.
Silberstein, Zur Behandlung geschlechtskranker Frauen in einem Frauenlazarett 781.
de Silva, C. E., Röntgenbehandlung bei Lichen planus 517.
— Behandlung der Psoriasis mit Röntgenstrahlen und Chlorionisierung 517.
Silva, Percia da, Versuche zur Übertragung der Leishmaniosis durch den Floh 916.
Simon, Clément, Zwei Rezidive von syphilitischem Schanker im Verlauf von sechs Monaten 613.
— Notiz über vergleichende Untersuchungen der Bordet-Wassermannschen Reaktion im Blut u. Urin 931.
Simpson, Augustus, Primeldermatitis und ihre Beziehung zur Anaphylaxie 862.
— s. Panton.
Singer, Grete, Bericht über einen luetischen und einen nichtluetischen Zwilling 980.
Sinn s. Habermann.
*Sitta, Emil, Erfahrungen mit Silbersalvarsan 863.
Sjögren, Tage, Beitrag zur Technik bei der Röntgenbehandlung von Pruritus ani 495.
Skinner, E. F., Über einen Fall von multiplem pigmentiertem, idiopathischem Sarkoma (Kaposi) 796.
— Einige praktische Anweisungen für die Führung einer venerischen Klinik 818.
Small, W. D. D., Dermatitis durch Berührung mit Explosivstoffen 494.
— Lupus erythematosus: eine einfache Behandlungsmethode 796.
— s. McCormac.
Smith, J. F., Ein Fall von papulonekrotischem Tuberkulid 796.
Söderbergh, Zoster intercostalis und motorische Symptome am Bauch 895.
Soherr, Fritz, Über die Verwendung des Zykloforms in der laryngo-rhinologischen Praxis 858.
Sommer, Ernst, Röntgentaschenbuch 456.
— s. Bruck.
Soucek, Alfred, Pocken u. Pockenimpfung 955.
Sperling, Paul, Über Epidermolysis bullosa hereditaria mit einem Beitrag zur Kasuistik der dystrophischen Form 532.
Spillmann u. Watrin, Histologische Veränderungen in einem Falle von generalisiertem papulösem Xanthom 612.
Spitzer, Ludwig, Die Anwendung der Deycke-Muchschen Titrierung u. Immuntherapie bei Hauttuberkulose 961.
Spurgin, P. B., Kochsalzklistiere zur Behandlung von Ekzem 517.
Steiger, A., Über das Druckgeschwür am Fuß u. seine Behandlung 922.
Stemmler, Die Differentialdiagnose des Gasbrandes 915.
Stepp, W., Die Lipoide in ihrer Bedeutung als akzessorische Nährstoffe 838.
Stern, Felix, u. Pönsgen, Fritz, Kolloidchemische Untersuchungen am Liquor cerebrospinalis 1039.
Sternberg, C., Serologische u. bakterielle Befunde bei Fleckfieberkranken 595.
Sticker, Anton, Weitere Erfahrungen in der Radiumbestrahlung des Mundhöhlenkrebses 495.
Stillians, A. W., Die Bekämpfung von zirkumskripter Hyperhidrosis 497.
Stilling, E., Zur Frage der Spezifität beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung nach Sachs u. Georgi 1021.
Stoddard, J. L., Das Vorkommen von Spirochäten im Urin 488.
Stöhr, Philipp, u. Süssmann, Philipp O., Ein Fall von Wunddiphtherie 896.
Stolzner, W., Die zunehmende Schwere der Varizellen 955.
Strandberg, James, Untersuchungen über das sogen. Streichholzschachtelekzem 873.
— u. Hedenius, J., Ein Fall von Arthritis blennorrhoica mit charakteristischen Veränderungen an der Haut. Ein Beitrag zur Frage von der blennorrhoischen Keratodermie 776.
Straßberg, O., Pellagraähnlicher Krankheitsfall 918.
Strauß, Otto, Über Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen 879.
— M., Die Röntgenbehandlung der Drüsentuberkulose 961.
Strübel, Vakzinetherapie der Staphylokokken 555.
Stüdemann, Kurt, Über die Beteiligung der Zunge bei Morbus maculosus Werlhofii 892.

Digitized by Google

Stückgold, E., Über den Einfluß von interkurrenten fieberhaften Krankheiten u. von Fieberzuständen, die durch intraglutäale Milchinjektionen hervorgerufen sind, auf den Verlauf der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der kongenitalen 618.
Stühmer, A., Besteck zur intravenösen Injektion undurchsichtiger Lösungen 860.
Stümpke, G., Prognose und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter 455.
*— Über moderne kombinierte Lupusbehandlung 803.
— Zur Frage des Boeckschen Sarkoids 934.
— Über Veränderungen im klinischen Verhalten der Syphilis 980.
Stutzin, J. J., Über einige urologische Grenzfragen 451.
Süßmann s. Stöhr.
Susu, B. J., Espundia im anglo-ägyptischen Sudan 534.
Sutton, Richard L., Hautkrankheiten 854.
Svestka, V., Urotropazid, ein neues, wirksames Desinfiziens der Harnwege 852.
— Zur Therapie des Furunkels und der Furunkulose 853.
— Eosinophilie u. ihre Beziehungen zu Hautkrankheiten 853.
— Pityriasis rubra pilaris 853.
Syms, Parker, Entwicklung des Karzinoms der Brust 934.

Taege, K., Sterile dauernd haltbare Kochsalzlösung 860.
— Kaseosanbehandlung 862.
*Tänzer, Paul, Eine Erinnerung an Delbanco, E. 533.
*— Trichlorbutylmalonsaures Wismut bei Ekzem 575.
Taylor, Charles J. G., Ein tödlich verlaufener Fall von Purpura 789.
— F. E., u. Kinstry, W. H., Die Wechselbeziehungen zwischen Vincentscher Angina und peridentaler Gingivitis 818.
— G. S., Die therapeutische Wirkung von Kharsioan und Neokharsioan bei nichtsyphilitischen Erkrankungen 490.
Thibierge, Über den vermeintlichen Leprösen auf dem Polyptychon des Meisters Grünewald im Museum zu Kolmar 814.
— G., Die Schädlichkeiten der WR 757.
— u. Boutelier, Verborgene Urticaria pigmentosa bei einem Kinde von sieben Monaten 930.
Thiebierg u. Legrain, P., Zylindroma der Vulva im Aussehen an Botrymykoma erinnernd 930.
Thim, Josef Rudolf, Eine neue Zilienzange 857.
Thompson, D., Ein neues Kulturmittel für Gonokokken 762.
Tiefenbrunner, Georg, Über einen Fall von Jododerma tuberosum 833.
*Tilling, Ein Beitrag zu der von E. Hoffmann angegebenen Drüsenfunktion zwecks Frühdiagnose der primären Lues 947.
Tobias, Ernst, Über Diathermie und die Grenzen ihrer Wirksamkeit 490.
Többen, Die Therapie der Hyperidrosis 881.
Toehl, Elisabeth, Über „Lichen trichophyticus“ oder „lichenoide Trichophytie“ 900.
Topley s. Macleod.
Touton, Die militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens u. der militärischen Versorgung bei Haut- u. Geschlechtskrankheiten 819.
Traumann, H., Über Impferkrankung des Auges 593.
*Treuherz, Walter, Ein Beitrag zur Kenntnis der melanotischen Tumoren 963.
Trimble, Knochenneubildung bei Lupus erythematodes 454.
Turner, P., u. Richardoon, G., Die Behandlung von Wunden bei Infektion mit Bacillus pyocyaneus 514.
Tyson, W. J., Dermatitis durch Explosivstoffe bei Luftangriffen 494.

Ueberhuber, Alival zur chronischen Jodkur 1042.
Ulbrich, Wilhelm, Ergebnisse der offenen Wundbehandlung 897.
Ulrichs, B., Über kombinierte Gold- u. Strahlenbehandlung bei Drüsentuberkulose 977.
Unna, P. G., Pepsin zur äußerlichen Behandlung von epidermalen, kutanen u. subkutanen Krankheitsprozessen 858.
— Paul jr., Therapie 699.
— s. Delbanco.
Urban, Über torpide Geschwüre nach Schußverletzungen 933.

Valente, Pulido, Über die Ätiologie u. die Pathogenese der allgemeinen Paralyse 995.
— Bemerkungen zur experimentellen Kaninchensyphilis 1000.
— u. Paes Miguens, J. P., Über die frühzeitige Infektion der Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit bei Syphilis 995.

Digitized by Google

Vallardi, C., Beobachtungen über den Skorbut bei italienischen Truppen in Mazedonien 881.
Veit, Trypaflavin in der Chirurgie 842.
Velden, R. von der, Die Punktionsbehandlung der Hautödeme 893.
Viehweger, Kurt, Zur Kenntnis der Sklerodermie 922.
Viett, P., Maresan und Zellulartherapie 859.
Vilvandré, G., Ein ungewöhnlich ausgebreiteter Fall von symmetrischem Keratoderma 795.
Visyalingàm, A., Bericht über einen Fall von Pellagra 536.
Vögele, Serumexanthem u. Nirvanolexanthem 495.
*Vogel, Christian, Tuberculosis cutis vegetans 559.
Vogt, E., Zur Therapie der Gasbazillenінfektion 916.
Vollbrandt, Adolf, Zur intravenösen Kollargolbehandlung der kindlichen Vulvovaginitis 798.
*Voss, H., Über einen Fall von Stomatitis mercurialis mit tödlichem Ausgang 572.
Voudrovie, J., Zwei Fälle von Lichen ruber planus, geheilt in Bad Podebrad 853.

Wadia, M. D., Tod nach Salvarsan 759.
Wagner, E., Über das kombinierte Vorkommen von Sklerodermie u. Hautkrebs 555.
Wainwright, W. L., Die Beseitigung von multipeln Warzen am Gesicht 537.
Waldheim s. Schürer.
Waldo, H., Kleinsporige Trichophytie der Kopfhaut bei einer erwachsenen Person 557.
Waldstein, Ed., Über künstlich erzeugte Phlegmonen 913.
Wallace, C., Die an der Haut u. den Muskeln bei Gasgangrän auftretenden Farbenveränderungen 533.
Walmsley, W., Syphilisinsontium 614.
Walter, Die sekundäre Wunddeckung im Dienste der Wiederherstellungschirurgie 897.
Walz, E., Ein Beitrag über die Krebsentwicklung am Unterschenkel nach Verletzung 556.
Wander s. Mook.
Ward, E., Zirkuläres Beingeschwür, durch Bromeinnahme verursacht 796.
Warrack, J. J., Differentialdiagnose bei Scharlach, Masern u. Rubeola 592.
Wasiky s. Pick.
Wassén s. Nordström.
Wassermann, M., s. Patzschke, W.
— S., Neue Gesichtspunkte zur Pathogenese der Pyodermatosen im Kriege 515.
Wassertrudinger, Erfahrungen mit Vuzin 857.
Watrin s. Spillmann.
Watson, D., Der Lehrgang beim Unterricht über venerische Erkrankungen 818.
Watt, J. A., Gleichzeitige Infektion mit Blennorrhoe und Syphilis 762.
Weber, F. Parkes, Unechte Erythromelalgia: Bemerkungen über nicht-syphilitische Arteriitis obliterans bei Juden 790.
— Drei Fälle von sogenanntem multiplen, idiopathischen, hämorrhagischen Sarkom (Kaposi) 793.
— Zwei Fälle von Sklerodaktylia 790.
— Zwei Fälle von Herpes zoster, verbunden mit einer allgemeinen Eruption von varizellenähnlichen Flecken; einer der Fälle gefolgt von Parese des Okulomotorius, Mydriasis u. Anästhesie der Stirn 792.
— Ein bemerkenswerter Fall von Xanthoma tuberosum multiplex 793.
— Einseitige atrophische Streifen (Striae cutis distensae) der Brustwand 793.
— Ein Fall von raschverlaufender Mykosis (Granuloma) fungoides 794.
— Kongenitaler, einseitiger Nävus (Naevus unius lateris) von der Struktur eines Angiokeratoms mit lokalisierten hyperkeratotischen Auswüchsen auf kongenitaler teleangiektatischer Basis 794.
— Chronische fibroide subkutane Syphilome der Beine, verbunden mit chronischer periurethraler Induration des Penis (sogenannter Induratio penis plastica) 1019.
— u. Dove, P. W., Ein Fall von Pruritus bei Hodgkinscher Krankheit — Lymphogranulomatosis pruriginosa 794.
Wechselmann, Schanker oder syphilitische Erkrankung der Mandeln 995.
Weichardt u. Apitzsch, Gewerbehygienische Studien. II. Über Ölschäden in Gewerbebetrieben 875.
Weichbrodt u. Jahnel, Einfluß hoher Körpertemperaturen auf die Spirochäten u. Krankheitserscheinungen der Syphilis im Tierexperiment 1000.
Weidler, W. B., Hautkrankheiten mit Beteiligung der Augen 489.
Weigert, K., Zur Furunkelbehandlung, insbesondere das Auflösen der Haare zur Rezidivverhütung 902.
Weil, E., Bemerkungen zur Arbeit von Löwy über Fleckfieber 594.
Weinberg, F., Lymphogranuloma tuberculosum 978.

Digitized by Google

Weiskotten, H. G., Tödliche oberflächliche Verbrennungen u. Nebennieren. Notiz über Nebennierenläsionen 895.
Weiß s. Engmann.
— s. Schamberg.
— Arthur, Über subkutane Milchinjektionen in der Nachbarschaft blennorrhoischer Krankheitsherde 778.
Wendriner, Über Dermoide im Jugulum 921.
Werler, O., Über Furunkulose und Furunkulosis und ihre moderne Behandlung besonders mit radioaktiven starken Schwefelbäder in Bad Neundorf 901.
Werner s. Holzhäuser.
— S., Trypaflavin in der Dermatologie 862.
Wertheim, F., Beitrag zur Kenntnis der frühsyphilitischen akuten Nephritis 994.
Westerberg, Impermeable (Prießnitz-) Verbände mit Guajakol-Vasogen 939.
Western s. Sequeira.
Wetterer, Josef, Handbuch der Röntgen- und Radiumtherapie 456.
— Meine Behandlung der Trichophytie u. Sycosis barbae 812, 940.
Wetzell s. Felke.
White, Charles F., u. Barber, Hugh, Die Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis 795.
— R. Prossen, Beingeschwüre, fälschlicherweise variköse genannt: eine klinische Übersicht 795.
Whiteford, C. H., Ein Fall von Adenom des Nabels 537.
Whitfield s. Moles-Wirth.
— Arthur, Über einige neue Untersuchungen über die Natur u. Bildung von Pigment 794.
— Ein Fall von syphilitischer Hauteruption, die durch Einnahme von Bromkali zum Ausbruch kam 794.
— Impftherapie bei Hautkrankheiten 796.
Wieting, Zur Pathogenese u. Behandlung des Wundliegens 922.
Wile, Lebersyphilis 453.
Wichmann, Angiolupoid 470.
— Carcinoma cutis 470.
— Lupus 470.
— Mal perforant 470.
— Multiple Thrombosen 470.
— Skrofulöses Ekzem 470.
— Thrombophlebitis luetica 470.
— Zungentuberkulose 470.
— Erfahrungen mit spezif. Ther. der Tuberkulose 472.
Wickensack, A. H., Ein Beitrag zur intrauterinen Vakzination 595.
Widder, Hans, Beitrag zur klinischen Verwertung der Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis 1002.
Wilson, S. A. R., u. Gray, A. C. E., Akute syphilitische Meningitis 616.
— W. R., Die Übertragbarkeit der Syphilis 756.
Winkler, Max, Über die Mikrosporieepidemie in Luzern 940.
With, Karl, Studien über den Einfluß der Lichtbehandlung auf Vitiligo 1018.
— Kurth, Untersuchungen über die verschiedenen Reaktionen (Lymphozytose, Bisgaard, Roß und Jones u. Wassermann) in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphiliskranken 1022.
Withers, Chronischer papulöser juckender Ausschlag in den Achseln und an der Schamgegend 453.
Wodtke, Gerhard, Zur Methodik der serodiagnostischen Luesreaktion nach Sachs u. Georgi 1037.
Wolbrast, Albr. L., Wassermann-Widersprüche vom Standpunkte des Klinikers aus betrachtet 1038.
Wolff s. Schürer.
— A., Die spezifische Behandlung der Tuberkulose 962.
Wolfsohn, Georg, Bericht über 100 Fälle von Gasödem 915.
Woloshinsky, Adolf, Ein Fall von Gibbus syphiliticus 982.
Wolpe, Lotte, Zwei Fälle von Nitrobenzolvergiftung durch Kopfläusemittel 861.
Wossidlo, Erich, Doppelte Nierenbecken 811.
— Imaginiertes Blasendivertikel 812.
Wright, E. J., Ein Fall von amöbenhaltigem Urin mit Zystitis 802.

Yü s. Fischer.

Zacherl, Hans, Ein Beitrag zu den Mißbildungen des Gesichts 921.
Zeiß, Beitrag zur Fleckfieberschutzimpfung mit defibriniertem Blut 959.
*— Heinr., Geschichtlicher Beitrag zur antitoxischen Therapie d. Geschlechtskrankheiten 973.
Zernik, F., Unna und die Malaria medica 705.
Zilczer s. Nobel.
*Zimmern, F., Kurze Bemerkungen zu der Arbeit von Leven „Zur Abortivbehandlung der Syphilis" 903.
Zlocisti, Theodor, Fleckfiebertherapie 959.
Zuelzer, Zur Scharlachfrage 954.
Zumbusch, v., Über Haarausfall 935.
Zuntz, V., Beeinflussung des Wachstums der Horngebilde (Haare, Nägel, Epidermis) durch spezifische Ernährung 936.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google